

En España la epidemia de infección por VIH/sida tiene un curso favorable, pero sigue siendo una de las principales causas de enfermedad y de muerte. Se estima que entre 120.000 y 150.000 ciudadanos están infectados y que más de una cuarta parte aún ignora que lo está. Cada año se producen entre 2.500 y 3.500 nuevas infecciones, y unas 1.600 personas mueren con el VIH como causa principal.

El Plan Multisectorial 2008-2012 reúne las políticas y estrategias contra la infección por VIH en España. Es el principal instrumento de coordinación de las administraciones públicas, asegurando la cohesión y el compromiso, y estableciendo las líneas maestras para la acción en todos los sectores corresponsables en la respuesta a la epidemia.

Este tercer Plan reafirma la prioridad de la prevención. Tiene por horizonte que los ciudadanos dispongan de la información y de los medios necesarios para gestionar adecuadamente sus riesgos, así como el acceso universal de las personas con VIH a una atención socio-sanitaria de calidad en un entorno en el que sienten sus derechos respetados. Las intervenciones están especialmente dirigidas a los más vulnerables, a quienes hay que proporcionar los recursos necesarios para informar y capacitar a los miembros de su propio grupo.

Para cada uno de sus grandes objetivos el Plan identifica y desarrolla las estrategias que han demostrado su efectividad y que responden a la situación de la epidemia, destacando la reducción de daños. Están estrechamente relacionadas con el refuerzo de los valores europeos sobre protección de los derechos humanos, incluidos los derechos sobre sexualidad y reproducción, los derechos de las minorías y los derechos fundamentales de los inmigrantes.

Elaborado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida en colaboración con los planes autonómicos de sida y los departamentos con responsabilidades en la respuesta a la epidemia, ha contado con una implicación extraordinariamente activa de las organizaciones no gubernamentales, que han enriquecido el texto con sus aportaciones, especialmente en el ámbito de la protección de los derechos humanos. Las contribuciones provienen de todas las poblaciones vulnerables y áreas de intervención: personas que se inyectan drogas, comunidad LGTB, inmigrantes, jóvenes, mujeres, hombres y mujeres que ejercen la prostitución pero, fundamentalmente, de las personas con VIH.

Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012

Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida España 2008-2012

Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida España 2008-2012

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO: 351-08-048-3

Depósito Legal: M-26894-2008

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida

España 2008-2012



Presentación

En junio de 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebró por primera vez en su historia una sesión especial dedicada a un problema de salud, la infección por VIH/sida. La comunidad internacional se comprometió unánimemente a sacar adelante una serie de acciones a nivel nacional e internacional. Cinco años después, el Director Ejecutivo de ONUSIDA declaró que las acciones desarrolladas desde entonces habían permitido comprobar que era posible revertir el curso de la epidemia. La evaluación final de lo que hayamos progresado se llevará a cabo en 2015, como uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Estos compromisos, suscritos también por España, son los que enmarcan este nuevo Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida 2008-2012.

La evolución de la epidemia en el mundo y la trascendencia política y social de la infección por VIH/sida han puesto de manifiesto la necesidad de una respuesta de alcance internacional. Independientemente de esas medidas globales, la dimensión de la epidemia en España ha conducido al Gobierno a redoblar esfuerzos y afrontar los retos actuales de salud pública, mediante respuestas políticas, sanitarias y sociales coordinadas, hasta que no se disponga de una vacuna y de un tratamiento curativo eficaces.

Por ello el Ministerio de Sanidad y Consumo ha elaborado este nuevo Plan, cumpliendo además con el requerimiento del Pleno del Congreso de los Diputados, de 13 de diciembre de 2005, de "... garantizar el impulso de la prevención, información, asistencia, tratamiento e integración e igualdad plena de derechos de las personas con VIH/SIDA en la elaboración del Plan Multisectorial...".

El nuevo Plan reúne las políticas e instrumentos del Estado que intervienen en la acción contra la infección por VIH. Su principal finalidad es la coordinación de las administraciones públicas, garantizando la cohesión mediante un liderazgo fuerte, un compromiso continuo y la aplicación de los recursos necesarios, que sirvan a las comunidades autónomas y a los demás sectores responsables en la respuesta a la epidemia. Los dos primeros planes estratégicos frente al sida articulaban su acción principalmente sobre dos ejes, el autonómico y el intersectorial. Este carácter biaxial se mantiene, pero se amplía la participación ciudadana.

Las organizaciones no gubernamentales y asociaciones ciudadanas han desempeñado un papel destacado en la aproximación a la epidemia. En cambio, este protagonismo no había sido hasta ahora tan relevante en la planificación. Esta es probablemente la principal innovación de este Plan: la presencia de las asociaciones en los órganos de decisión, empezando por su participación en la elaboración de este documento.

El Plan, elaborado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida en colaboración con los planes autonómicos de sida y los departamentos con responsabilidades en la respuesta a la epidemia, ha contado con una implicación extraordinariamente activa de las organizaciones no gubernamentales y de personas con VIH. Son ellas las que han sabido enriquecer el texto con sus aportaciones y velar en todo momento por la protección de sus derechos. Las contribuciones a este documento provienen de todas las poblaciones vulnerables y áreas de intervención, personas que se inyectan drogas, comunidad LGTB, inmigrantes, jóvenes, mujeres, hombres y mujeres que ejercen la prostitución pero, fundamentalmente, de las personas con VIH.

En todos ellos se cimienta la fortaleza del nuevo Plan, que ha adquirido así el que probablemente sea su mejor atributo: el respeto a las personas que viven con el VIH. Es éste un interés que impregna todo el documento, en el abordaje de todos sus aspectos: preventivos, asistenciales y de investigación.

La prevención constituye la espina dorsal del Plan. El documento reafirma el compromiso del Gobierno con la política de prevención para alcanzar el objetivo de controlar la epidemia. La prevención funciona, como hemos podido comprobar en nuestro propio país, en combinación con las estrategias de reducción de riesgos y daños, la información epidemiológica disponible y nuevas estrategias, fundamentadas en la evidencia científica, que demuestren su efectividad.

Por otra parte, la mayor supervivencia de las personas con VIH hace que sus necesidades sean cada vez más complejas y requieran un abordaje que incluya aspectos sanitarios, psicológicos y sociales. La universalidad y la calidad de la asistencia sanitaria a las personas con VIH en España responden a las exigencias de los países más desarrollados, y debemos promover también el bienestar y la calidad de vida.

Finalmente, para asegurar la calidad y prepararnos para el futuro es necesario incentivar la investigación y el desarrollo de nuevos, mejores y más baratos instrumentos de prevención y de tratamiento, incluyendo la vacuna.

Como hemos afirmado en el Consejo y el Parlamento Europeos, las estrategias contra el VIH están estrechamente relacionadas con el refuerzo de los valores europeos sobre protección de los derechos humanos, incluidos los derechos sobre sexualidad y reproducción, los derechos de las minorías y los derechos fundamentales de los inmigrantes. En la respuesta a la epidemia, la protección de estos derechos y, en particular, la lucha contra el estigma y la discriminación han adquirido un espacio específico en el nuevo Plan. El rechazo que acompaña a la infección por VIH sigue diferenciándola de otras patologías. El sida ha dejado una señal indeleble en nuestra historia. Pero a esta excepcionalidad también le debemos un gran número de innovaciones positivas, que se han trasladado además al abordaje de otras enfermedades transmisibles.

Actualmente en España podemos hablar de normalización, porque tenemos tasas de incidencia en valores semejantes a los países de nuestro entorno, acceso a la prevención y al tratamiento, y una atención permanente a la protección de los derechos humanos. Estos logros son mejorables, y normalización de ningún modo significa inercia, sino mantenimiento activo y mejora de la calidad. Normalización y derechos humanos deben avanzar juntos, y solamente un elevado nivel de protección de estos últimos permitirá reducir la transmisión del VIH.

El Ministro de Sanidad y Consumo
Bernat Soria Escoms

Madrid, 13 de diciembre de 2007

Prólogo

En España la infección por VIH continúa siendo una de las principales causas de enfermedad y de muerte. Entre 120.000 y 150.000 ciudadanos están infectados por el VIH y se estima que más de una cuarta parte aún ignora que lo está. Cada año se producen entre 2.500 y 3.500 nuevas infecciones y unas 1.600 personas mueren con el VIH como causa principal. El incremento de las infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no deseados indica una frecuencia creciente de relaciones sexuales de riesgo. Preocupa también el que en varios países europeos se estén produciendo repuntes de la epidemia de VIH. Y la vida de una persona con VIH, aunque haya mejorado enormemente, sigue lastrada por la estigmatización.

Entre los ciudadanos y en los medios de comunicación el sida parece entenderse a veces como un problema de países en desarrollo, pero nuestra realidad no justifica ningún letargo. Durante muchos años España ha tenido las tasas más altas de infección de Europa. También ha sido reconocida internacionalmente por la efectividad de su respuesta, una respuesta basada en la evidencia que debemos cuidar y mejorar sin acusar cansancio si queremos mantener la tendencia favorable.

El patrón epidemiológico de transmisión de la epidemia en España ha cambiado. Predomina la transmisión sexual, especialmente heterosexual, pero la dinámica de la transmisión se concentra en determinadas subpoblaciones más vulnerables. La salud y la enfermedad no se distribuyen equitativamente en la población. Las infecciones de transmisión sexual y el VIH tienen un impacto negativo desproporcionado en algunas poblaciones. Por tanto el predominio heterosexual no significa que las acciones deban dirigirse exclusivamente a la población general, sino que debemos concentrarnos más en aquellas subpoblaciones en las que se dan con frecuencia elevada las prácticas de riesgo o tienen un papel relevante en la transmisión, cuidando de no incrementar la carga de estigmatización que conlleva la infección. Se necesitan programas efectivos, innovadores y basados en la evidencia para las personas con una probabilidad elevada de encontrarse con una pareja sexual con VIH y para las personas diagnosticadas de infección por VIH, teniendo siempre en cuenta la protección y la promoción de los derechos humanos y contando con los afectados.

Por supuesto nos enfrentamos a muchos retos. El cansancio en la prevención, el repunte en la incidencia que se está produciendo en países vecinos, el retraso en el diagnóstico que impide acceder al tratamiento y prevenir nuevas infecciones, las resistencias a los antivirales, la competencia de otras prioridades para la inversión..., para todas ellas ha de encontrar respuesta el conjunto de la sociedad. El enorme crecimiento de los programas y actividades de prevención que se ha producido no hubiera sido posible sin el compromiso de las distintas administraciones e instituciones, de las organizaciones no gubernamentales y asociaciones comunitarias y profesionales, de los medios de comunicación. Si aunamos nuestros compromisos, si trabajamos en redes, si continuamos dando prioridad a la protección de los derechos de las personas seremos capaces de tener éxito a pesar de las dificultades.

Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida
Teresa Robledo de Dios

Índice

INTRODUCCIÓN	9
1. Visión, misión y principios rectores	11
2. Objetivos y prioridades	17
3. Contexto epidemiológico	23
OBJETIVO 1 Prevenir nuevas infecciones	31
4. Población general y subgrupos que requieren intervenciones específicas	33
5. Población general	37
6. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	41
7. Personas que se inyectan drogas	47
8. Personas que ejercen la prostitución y clientes de la prostitución	55
9. Inmigrantes	59
10. Jóvenes y adolescentes	63
11. Mujeres	69
12. Prisiones	75
13. Medio sanitario	79
14. Prevención en personas con VIH	87
OBJETIVO 2 Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia	93
15. Estigma y discriminación	95
16. Diagnóstico precoz	101
17. Calidad de vida	107
18. Calidad asistencial	117
OBJETIVO 3 Movilizar y coordinar los esfuerzos	125
19. Vigilancia epidemiológica	127
20. Responsabilidad compartida y alianzas estratégicas	133
21. Investigación	141
22. Coordinación y cooperación internacional	147
ANEXOS	153
ANEXO 1 - Proceso de elaboración y consenso	155
ANEXO 2 - Autores y colaboradores	157
ANEXO 3 - Abreviaturas	161
ANEXO 4 - Listado de tablas	163
ANEXO 5 - Listado de figuras	165
ANEXO 6 – Indicadores	167

Introducción

1. Visión, misión y principios rectores

Visión

La epidemia de VIH/sida está controlada; las personas que se inyectan drogas tienen acceso a las medidas de prevención efectivas; la cultura del sexo seguro está extendida entre la población, que dispone de la información y de los medios suficientes para gestionar sus riesgos adecuadamente, en especial los más vulnerables; el acceso a una atención socio-sanitaria de calidad es universal y las personas con VIH sienten sus derechos respetados y sus necesidades cubiertas.

Misión

La misión articula la estrategia en el contexto social y autonómico español. Desde su primer plan multisectorial, el Plan Nacional sobre el Sida se ha orientado por la visión de impulsar, reunir y armonizar las actividades sectoriales de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dirigidas coordinadamente a detener la propagación de la infección por VIH y a velar por la calidad de los servicios sanitarios y sociales para las personas con VIH.

El presente Plan multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida 2008-2012 pretende desempeñar un papel importante en la prevención de las nuevas infecciones por VIH y en la búsqueda de la máxima calidad y esperanza de vida para las personas con VIH.

Principios rectores y valores

Los valores básicos en los que se fundamenta el Plan multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida derivan de la Constitución Española¹, de la Ley General de Sanidad² y de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud³. Por otra parte, la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida⁴ adoptada en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS, 2001), la Iniciativa de Acceso Universal⁵ a los programas de prevención, tratamiento y asistencia (UNGASS, 2006) y el Objetivo de Desarrollo nº 6 de la Declaración del Milenio⁶ enmarcan los compromisos internacionales sobre sida suscritos por España.

El segundo plan frente al VIH/sida estableció los principios rectores en los que se fundamenta: multisectorialidad, evaluación y equidad⁷. Estos valores siguen estando plenamente vigentes, aunque han cambiado denominaciones o matices (Tabla 1).

Multisectorialidad	<ul style="list-style-type: none"> – coordinación institucional y autonómica – interdisciplinariedad – vinculación con estrategias afines – participación ciudadana
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> – estrategias basadas en la evidencia científica y en la situación epidemiológica – reducción de daños – formación continuada – evaluación integrada en las intervenciones desde la concepción
Equidad	<ul style="list-style-type: none"> – derechos humanos y solidaridad – igualdad de oportunidades y no discriminación – reducción de la vulnerabilidad – responsabilidad individual – enfoque de género

Multisectorialidad

La multisectorialidad ha sido un factor clave en los avances obtenidos, incluyendo en este concepto la cooperación interinstitucional y autonómica, la interdisciplinariedad y la participación ciudadana.

En España, las comunidades autónomas tienen las principales competencias en sanidad, educación y servicios sociales, por lo que la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida debe proporcionar el liderazgo y el apoyo necesario para que los planes de sida autonómicos puedan beneficiarse del valor añadido nacional.

Por otra parte, la multisectorialidad de las áreas de intervención preventiva y asistencial determina la necesidad de alianzas estratégicas con las instituciones penitenciarias, con el sistema de atención a drogodependencias, con los servicios sociales y con otros sectores. A la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida le corresponde impulsar y coordinar en la medida necesaria las intervenciones del conjunto de sectores y niveles administrativos implicados para alcanzar los objetivos definidos en este Plan.

En cuanto a la interdisciplinariedad, el impacto de la epidemia va más allá de lo sanitario, y su respuesta debe contar con las aportaciones de una interacción especializada.

La SPNS debe proporcionar el liderazgo y el apoyo necesario para que los planes de sida autonómicos puedan beneficiarse del valor añadido nacional

En este contexto, multisectorialidad significa también una acción sinérgica con los programas de salud pública de enfermedades con las que el VIH comparte vías de transmisión o estrategias preventivas y terapéuticas, como las hepatitis B y C, las infecciones de transmisión sexual o la tuberculosis. La prevención y la atención de la infección por el VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) cada vez están más vinculadas, especialmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), personas que ejercen la prostitución (PEP) y jóvenes, y debe intensificarse la interrelación entre la prevención del VIH y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres⁸. El presente Plan Multisectorial aborda conjuntamente estos aspectos en muchos de sus apartados, y esta vinculación será sin duda la tendencia en el futuro, a pesar

de las necesidades específicas que implican las características históricas del patrón epidémico español. El peso creciente de la transmisión sexual en la epidemia de VIH, el incremento de las ITS, la potenciación mutua de VIH e ITS, la semejanza en la transmisión, la vulnerabilidad compartida, la sinergia de la acción preventiva, todo ello conduce a abordar la salud sexual en su conjunto y de forma integral.

Finalmente, dentro del principio de multisectorialidad está la colaboración entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Este es un elemento esencial que ha demostrado su repercusión en la calidad y la equidad de las políticas y de las acciones, así como en su eficiencia. Este Plan pretende además mejorar la adaptación de los servicios a las personas, en especial a los más vulnerables, a las personas con VIH, a sus allegados y demás afectados, otorgándoles mayor participación en los órganos de planificación.

Calidad

El segundo de estos grandes principios rectores del Plan es la calidad, es decir, que las estrategias e intervenciones estén basadas en el conocimiento. En los anteriores planes multisectoriales se denominaba principio de la evaluación, que se concretaba en la utilización de estrategias cuya efectividad estuviera demostrada y, principalmente, la reducción de daños. Hoy, esta estrategia continúa plenamente vigente, está totalmente integrada en la atención a las drogodependencias y se extiende progresivamente a muchas otras áreas de intervención sanitaria y extra-sanitaria.

Por supuesto, también en este nuevo Plan rige la exigencia de que las estrategias propuestas se fundamenten en la evidencia científica, así como en la información epidemiológica. Una de las consecuencias que se derivan es el enfoque orientado a las poblaciones con mayor riesgo de transmisión del VIH⁹.

El requerimiento de que las intervenciones se basen en el conocimiento hace también necesario sistematizar la formación continuada y asegurar que la información epidemiológica esté disponible, realizando un esfuerzo en la notificación, en la vigilancia, en la evaluación y en la investigación.

Es necesario realizar un esfuerzo mayor para que los objetivos y planes contemplen la evaluación desde su concepción, incluyendo la evaluación económica, hasta ahora escasamente desarrollada.

En este Plan Multisectorial las estrategias propuestas pretenden ser concretas, bien definidas, consensuadas y debidamente fundamentadas en los conocimientos actuales. En cambio, los objetivos del Plan generalmente no son concretos y sólo excepcionalmente está cuantificados, ya que este proceso se produce en los distintos niveles competenciales. Este criterio se ha mantenido, como en los planes anteriores, por el carácter necesariamente general de los objetivos, válido para las diferentes situaciones y prioridades territoriales, que luego adquieren mayor definición en el nivel administrativo correspondiente mediante planes de acción adecuadamente concretos y cuantificados. La carencia de metas mensurables sin duda reduce el compromiso de los responsables, pero permite un mayor grado de consenso inicial, una mayor agilidad en la elaboración y un desarrollo de las actividades más realista y acorde con la situación epidémica de partida de las distintas comunidades autónomas. La operativización se efectúa cada año con la aprobación de las áreas prioritarias de intervención en la Comisión Nacional de

Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida, el desarrollo consensuado con los planes autonómicos de sida de las actividades previstas para cada una de las áreas prioritarias, su adaptación a las diferentes realidades de las comunidades autónomas y en el plan de trabajo anual de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, con la colaboración de los demás departamentos implicados, cuya evaluación se presenta nuevamente ante la Comisión Nacional.

Como sistema de evaluación del propio Plan se mantienen los indicadores, debidamente revisados a la luz de la experiencia anterior y de la redefinición de estrategias y objetivos. Del conjunto de indicadores, 25 se definen como indicadores claves, y el resto como indicadores por áreas programáticas. Con la mayoría de ellos se pretende únicamente efectuar un seguimiento de los resultados, una monitorización de los cambios, de su magnitud y su sentido, que permita interpretar las tendencias a la luz de las intervenciones realizadas, aunque no asociarlas directamente. De ellos, 15 se seleccionan como básicos para el seguimiento de las prioridades para el período 2008-2012.

Evidentemente los indicadores no son el único instrumento de monitorización y evaluación del que se dispone, y mucho menos de vigilancia epidemiológica. Constituyen más un sistema de recopilación de información que centraliza las contribuciones de todos sus elementos. Los indicadores claves se actualizarán en una evaluación intermedia y al finalizar los cinco años de vigencia del Plan, con el fin de ofrecer a políticos, administradores, investigadores, ONG y a la ciudadanía una referencia actualizada que reúna la principal información disponible sobre la evolución de la epidemia en España.

Equidad

El tercero de los principios rectores es la equidad. El respeto de los derechos humanos y la solidaridad son ya parte del acervo de la epidemia de VIH/sida, pero son también retos constantes para la sociedad. En 2001, todos los países de Naciones Unidas se comprometieron a luchar contra el estigma, eliminar la discriminación y proteger los derechos humanos⁴. Impedir la estigmatización y la discriminación de las minorías es uno de los valores democráticos fundamentales, y en este Plan se entiende en su sentido más amplio. Incluye a las personas con VIH, a las que tienen prácticas de riesgo para el VIH o son más vulnerables y a la población general. Incluye el respeto y la tolerancia de la diversidad. Incluye reiterar la confidencialidad y la voluntariedad de la prueba diagnóstica. Incluye intervenciones directas para promocionar la solidaridad e impedir la discriminación, e impregna también transversalmente cada una de las actividades preventivas, asistenciales, de vigilancia epidemiológica y de investigación, desde su concepción y planificación hasta su evaluación.

Este Plan reafirma el derecho al acceso igualitario a la prevención y a la atención socio-sanitaria y aborda las desigualdades mediante programas específicos para las personas o grupos que, por su situación de exclusión social o por diferencias culturales, se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o con mayor dificultad en el acceso a los servicios.

La pobreza y la exclusión social están directamente relacionadas con la epidemia de infección por VIH, y la respuesta a la hora de diseñar las intervenciones ha de tener en cuenta el estrecho vínculo entre los determinantes sociales de la salud y el riesgo de

infección por VIH, y abordar los cambios necesarios en las estructuras que sustentan las conductas de riesgo.

Aunque los individuos son responsables de sus actos, esa responsabilidad debe considerarse siempre en el contexto de lo que les permite hacer la desigualdad estructural de partida^x. Pero así como todos los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a una información clara y abierta sobre la situación de la epidemia de infección por VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas eficaces para protegerse, también todos tienen que asumir la responsabilidad individual de informarse, de protegerse contra la infección y, en su caso, de no transmitirla.

Uno de los principales ejemplos de la desigualdad de partida son las desigualdades entre hombres y mujeres. El enfoque específico de género debe orientar la definición de objetivos, la elaboración de estrategias y el desarrollo de programas, tomando en consideración de forma sistemática las particularidades de la salud de los hombres y de las mujeres, y adaptándolos a sus diferentes necesidades y circunstancias. Se necesita un mayor esfuerzo para integrar el enfoque de género en la respuesta a la infección por VIH, convirtiéndose además en un instrumento de promoción de la igualdad entre mujeres y hombres. Como ha concluido recientemente el Consejo de la UE⁸, se reconoce la necesidad de eliminar las desigualdades y la violencia de género, así como de aumentar la capacidad de las mujeres para protegerse a sí mismas del VIH, para lo cual deben poder decidir libremente sobre su sexualidad.

Referencias

- ¹ **Constitución Española** de 27 de diciembre de 1978. Cortes Generales. BOE de 27/12/1978.
- ² **Ley 14/1986, General de Sanidad**. Jefatura del Estado. BOE de 29/04/1986.
- ³ **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**. Jefatura del Estado. BOE de 29/05/2003.
- ⁴ **Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA**. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Resolución A/RES/S-26/2. Junio de 2001.
- ⁵ **Declaración política sobre el VIH/SIDA**. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas 60/262. Junio 2006.
- ⁶ **Declaración del Milenio**. Asamblea General de Naciones Unidas 55 sesión. Resolución A/55/L.2. Naciones Unidas. Nueva York, 2000.
- ⁷ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2001-2005**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.
- ⁸ Council of the European Union. **Conclusions on recently emerging issues regarding HIV/AIDS**. 2795th General Affairs Council Meeting. Luxembourg, 23 April 2007.
- ⁹ Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH). **National HIV/AIDS Programme 2004-2008**. Swiss Federal Office of Public Health, Berna, 2003.
- ¹⁰ Whiteside A, Barnett T. **AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization**. Palgrave Macmillan, 2006.

2. Objetivos y prioridades

Objetivos generales y estructura del Plan

Los objetivos generales de este Plan Multisectorial siguen siendo los aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud en 1987, prevenir nuevas infecciones, reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia y movilizar y coordinar los esfuerzos (Tabla 2).

Tabla 2. Objetivos generales (OMS, 1987)

OBJETIVO 1 - Prevenir nuevas infecciones
OBJETIVO 2 - Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia
OBJETIVO 3 - Movilizar y coordinar los esfuerzos

A partir de los capítulos iniciales sobre la visión, la misión y los valores (Capítulo 1), los objetivos y prioridades (Capítulo 2) y la descripción de la situación epidemiológica (Capítulo 3), la estructura del documento se adapta a los tres objetivos generales, con los apartados que se enuncian a continuación, que presentan algunas adiciones y modificaciones sobre los de planes anteriores^{11,12}.

El primero de los objetivos, -prevenir nuevas infecciones por el VIH-, trata en distintos apartados los subgrupos de población con los que se requieren intervenciones específicas (Capítulo 4). En primer lugar está el apartado destinado a la población general, con objetivos principalmente de información y sensibilización (Capítulo 5). A continuación se abordan las estrategias dirigidas a los grupos que tradicionalmente han sufrido una parte desproporcionada de la epidemia, como son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Capítulo 6) y las personas que se inyectan drogas (Capítulo 7). En el primero de estos grupos parece estar produciéndose un aumento de las prácticas de riesgo, con el consiguiente incremento de las infecciones. En cuanto a los segundos, la evolución de la epidemia ha sido favorable en los últimos años, pero probablemente siguen siendo la principal fuente de infección por vía sexual. Aunque las personas que ejercen la prostitución (Capítulo 8) no han tenido un papel preponderante en la epidemia en España, su vulnerabilidad puede verse incrementada por la discriminación y la marginación, al igual que en el caso de los inmigrantes (Capítulo 9), que además requieren intervenciones adaptadas culturalmente. Entre los jóvenes y adolescentes (Capítulo 10), como entre las mujeres (Capítulo 11), las intervenciones deben concentrarse en aquellos y aquellas que, por su situación o características, se hallan más expuestos y son más vulnerables, con la excepción de la educación sexual en la escuela, que debe aún alcanzar la cobertura y la intensidad adecuadas. Hay ámbitos en los que la intervención preventiva puede ser más eficiente, como son los centros penitenciarios (Capítulo 12), o en los que las intervenciones son más específicas, como en el medio sanitario (Capítulo 13). De entre las intervenciones específicas en el medio sanitario se ha individualizado en este nuevo Plan la prevención en personas con VIH (Capítulo 14), ya que no se puede mantener limitada a este ámbito sabiendo que no es suficiente.

El segundo objetivo, reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia, es el que ha sufrido un cambio mayor en este nuevo Plan. Reducir el estigma y la discriminación que amenazan la salud y el bienestar de los ciudadanos es uno de los ejes de este Plan. Por ello se ha incorporado un capítulo específico (Capítulo 15) sobre este tema, que junto a los apartados destinados a los principales aspectos físicos, psicológicos y sociales que afectan a la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH (Capítulo 16), aborda la complejidad creciente de las necesidades de las personas con VIH¹³. También se trata aquí el acceso universal a los tratamientos, la adherencia a la prevención y al tratamiento y las medidas para una máxima efectividad de estos últimos (Capítulo 17). Finalmente, se incluyen bajo este objetivo las medidas destinadas a reducir el retraso diagnóstico existente (Capítulo 18), como medida de prevención secundaria, que se aborda desde la perspectiva de reducir el impacto negativo individual y social de la epidemia.

Por último, el tercer objetivo general es movilizar y coordinar los esfuerzos contra el VIH, que cuenta con los mismos capítulos que en planes anteriores. La vigilancia epidemiológica (Capítulo 19), centrada en la exposición: quién se está infectando y cómo se está infectando la población en la actualidad. El reparto de responsabilidades y la coordinación de éstas, la participación ciudadana, en un momento crucial para definir la visión y la misión de las asociaciones, así como los demás agentes involucrados en la acción contra la infección por VIH (Capítulo 20). La investigación (Capítulo 21), especialmente en el área de las ciencias sociales y la salud pública, y su coordinación con las áreas básica, clínica y terapéutica ocupa otro capítulo y, finalmente, las relaciones internacionales (Capítulo 22), que adquieren un enfoque más global y se orientan al cumplimiento de los compromisos adquiridos y el desarrollo de las resoluciones de Naciones Unidas.

Prioridades y sus indicadores

Todos los aspectos enunciados en la sección anterior requieren intervenciones específicas. En cada uno de los capítulos de este documento se definen y fundamentan las estrategias y objetivos para desarrollar las intervenciones. Pero además, en este marco general se pueden definir algunas prioridades para el periodo 2008-2012 (Tabla 3).

Tabla 3. Diez prioridades para el periodo 2008-2012.

- Coordinación multisectorial
- Lucha contra el estigma y la discriminación
- Diagnóstico precoz
- Prevención en personas que se inyectan drogas y sus parejas
- Prevención en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Prevención en inmigrantes
- Prevención en jóvenes
- Prevención positiva
- Sistema de notificación de nuevos diagnósticos de VIH de base poblacional
- Cooperación internacional

En el Anexo 6 se recogen los 15 indicadores básicos para el seguimiento de cada una de estas prioridades a lo largo del periodo 2008-2012, que también figuran esquemáticamente en la Tabla 4.

La coordinación multisectorial es el elemento que determina y da sentido a este Plan, y constituye su prioridad básica. La medida de la gestión realizada en este ámbito se cuantifica en términos de inversiones, tanto de la administración general como de la autonómica, así como la inversión en prevención a través de las organizaciones no gubernamentales.

Se ha avanzado mucho en tratamiento y en prevención de la infección por VIH. Pero las personas con VIH, -e incluso las personas a las que se asocia con el sida-, siguen estando estigmatizadas y siendo discriminadas¹⁴. La plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es un elemento indispensable de la respuesta mundial a la pandemia, porque reduce la vulnerabilidad al VIH y evita el estigma y la discriminación de las personas con VIH o con riesgo de contraerlo¹⁵. Este Plan reconoce la prioridad de este problema de derechos humanos, y por ello se han incluido tanto acciones transversales como un apartado estratégico específico que permitan un mayor desarrollo de estas acciones. Medir los avances en esta prioridad no es fácil. De entre los indicadores indirectos se ha seleccionado uno que trata de medir las actitudes discriminatorias de la población general, las personas que no trabajarían o estudiarían en el mismo centro que una persona con VIH. Asimismo, la inversión en proyectos de ONG para actividades de prevención, incluyendo la proporción que de ello se destine a proyectos contra el estigma y la discriminación, permitirá el seguimiento de estas actividades.

Uno de los componentes de mayor peso de este Plan es la evidencia de hay que trabajar más en el diagnóstico precoz las nuevas infecciones¹⁶. El número de personas con VIH que no conoce su infección se cifra en España en torno a las 35.000. No pueden beneficiarse de los tratamientos y, desde el punto de vista de la prevención, ni son conscientes de que pueden transmitir la infección a sus parejas ni disminuye la transmisibilidad en ausencia de tratamiento. Estudios recientes¹⁷ estiman que de esta fracción oculta de personas con VIH proviene más de la mitad de las nuevas infecciones. En España, la mayor limitación al objetivo de acceso universal al tratamiento es el infradiagnóstico. Diagnosticar precozmente a esta población es una de las prioridades de este nuevo Plan y se medirá por el descenso en la proporción de nuevas infecciones diagnosticadas con un nivel de CD4 por debajo de 200/μl, por sexo.

La plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales es un elemento indispensable de la respuesta mundial a la pandemia (AGNU, 2001)

Los usuarios de drogas inyectadas han sabido modificar en gran medida las conductas de inyección de riesgo, pero dada la severidad con la que han sufrido la epidemia y la persistencia de las conductas sexuales de riesgo, los programas de reducción de daños siguen siendo una prioridad. Se requiere intensificar las intervenciones para reducir la transmisión sexual de las personas que se inyectan drogas a sus parejas y buscar medidas innovadoras. Además del número de nuevas infecciones diagnosticadas

que se produzcan por este mecanismo de transmisión por sexo y año, se seguirá la evolución mediante el indicador de prevalencia de infección en usuarios de drogas por vía parenteral por sexo, y el uso sistemático del condón en las relaciones sexuales con la pareja estable.

La comunidad gay redujo la frecuencia de prácticas sexuales de riesgo para el VIH de manera muy efectiva. Sin embargo, esta tendencia parece haber cambiado. Hay ya datos que apuntan a un incremento en las prácticas de riesgo de los hombres homosexuales, en particular los jóvenes, como lo ha hecho también la incidencia de ITS, lo que requiere intensificar las acciones específicamente dirigidas a reforzar la adherencia a las medidas preventivas, incluyendo la reducción de riesgos en las prácticas sexuales.

Tabla 4. Indicadores básicos por prioridades 2008-2012

	Coord. multisectorial	Estigma y discrim.	Diagnóstico precoz	Prevención UDI	Prevención HSH	Prevención inmigrant	Prevención jóvenes	Prevención positiva	SINVIH	Coop. internacional
Cobertura de la notificación de nuevos diagnósticos VIH	√	√	√	√	√	√	√		√	
Nuevos diagnósticos en UDI				√					√	
Nuevos diagnósticos en HSH					√				√	
Nuevos diagnósticos en inmigrantes						√			√	
Prevalencia VIH en UDI				√						
Prevalencia VIH en HSH					√					
Uso condón jóvenes primera vez última nueva pareja							√			
Uso condón HSH siempre en penet. anal pareja ocasional					√					
Uso condón UDI siempre con pareja estable				√						
Uso condón pacientes VIH última relación sexual								√		
Nuevos diag. VIH CD4<200			√							
Actitudes discriminatorias en población general		√								
Inversión apoyada ONG prevención	√	√								
Presupuesto movilizado PNSIDA	√									
Presupuesto cooperación internacional	√									√

De igual modo que en UDI, además del número de nuevas infecciones diagnosticadas que se produzcan por este mecanismo de transmisión por sexo y año, se seguirá la evolución mediante el indicador de prevalencia de infección en hombres que tienen sexo con hombres y el uso sistemático del condón en la penetración anal con parejas ocasionales.

Los inmigrantes procedentes de países con epidemia de VIH generalizada aportan un número importante y creciente de las nuevas infecciones¹⁸, y tienen además dificultades de acceso a los servicios, acentuadas a veces por la discriminación. La prevención del VIH en la población inmigrante no tiene que ser diferente a la de la población general, pero deben abordarse las dificultades asociadas a las barreras lingüísticas, las distintas concepciones de la salud y de la enfermedad y sus peculiares dificultades de acceso a los recursos sanitarios, y contar con los conocimientos necesarios para prevenir el VIH en el marco de la diversidad cultural¹⁹. En los primeros tiempos de la epidemia se consiguió evitar

que las medidas para combatirla generaran mayor rechazo de las minorías más afectadas, homosexuales y usuarios de drogas. Ahora hay que conseguir, con los mismos argumentos, -la solidaridad, la defensa de los derechos humanos y el beneficio para la población en términos de salud pública-, que los inmigrantes no sean estigmatizados ni culpados, sino que se les garantice el acceso a las medidas preventivas, terapéuticas y de apoyo social en condiciones de igualdad. El número de nuevas infecciones diagnosticadas en personas con país de origen distinto de España por sexo y país de origen será el indicador de seguimiento de esta prioridad.

Los jóvenes en situación social de riesgo, que en ocasiones comparten varias de las anteriores situaciones, o añaden a ellas una edad precoz de inicio de las relaciones sexuales, un menor nivel educativo, la prostitución o el paso por centros penitenciarios o de menores, son particularmente vulnerables y presentan a menudo dificultades de acceso adicionales. Esta acción focalizada sobre aquellos en quienes recae un mayor riesgo complementa la educación sexual en la escuela, que constituye la verdadera base cultural sobre la que se asienta el futuro de la epidemia, la del sexo más seguro. La evolución de la frecuencia con que se protegen los y las jóvenes se medirá mediante el uso del condón en la primera relación sexual con la última nueva pareja, por sexos.

El tratamiento antirretroviral y las medidas de prevención adoptadas por las personas con VIH tienen un papel esencial en la transmisión. La oportunidad para la intervención conductual desde el sistema sanitario es insustituible pero no suficiente²⁰. A la vista de los modestos resultados alcanzados en la prevención en personas con VIH²¹ y de la disponibilidad de tratamientos efectivos, se ha propuesto en algunos lugares el abordaje de la infección por VIH con una perspectiva más tradicional de la salud pública^{22, 23, 24}, que incluiría el seguimiento obligatorio, la notificación a la pareja y la búsqueda de casos. Estas medidas podrían vulnerar los derechos de los afectados y la mayoría de los países europeos no ha puesto en marcha estos modelos²⁵, que además son ajenos a la cultura sanitaria española actual. No obstante, se reconoce la necesidad de dar más peso a la prevención en personas con VIH y sus parejas, sin renunciar a la protección de los derechos que requiere la excepcionalidad²⁶ de esta epidemia. Hay evidencia de que las intervenciones preventivas en personas VIH+ son más efectivas y más eficientes que en VIH-, y es responsabilidad de los programas de salud pública desarrollar estas intervenciones, pero siempre teniendo en cuenta que en la prevención de la transmisión sexual del VIH la responsabilidad es compartida, salvaguardando los derechos de las personas con VIH y luchando contra el estigma y la discriminación. Para medir sus efectos el mejor indicador de que disponemos actualmente es el uso del condón de los pacientes con VIH en la última relación sexual, por sexo.

Disponer de un sistema de notificación de nuevas infecciones por VIH de base poblacional que garantice la confidencialidad de los datos es un elemento clave para mantener la sensibilidad social a la epidemia y orientar las políticas preventivas. La notificación de los casos de VIH se ha convertido en el elemento clave del seguimiento de la epidemia en Europa²⁷. Acabar con esta carencia en España es una de las más importantes prioridades de este nuevo Plan Multisectorial. Obviamente el mejor indicador para esta prioridad es la cobertura territorial anual del sistema de notificación de nuevos diagnósticos.

Finalmente, en la acción exterior, las funciones de coordinación y cooperación internacional del Plan Nacional sobre el Sida tienen cada día mayor peso. Por ello está entre las prioridades de este Plan estrechar la colaboración y reforzar el apoyo técnico que se venía

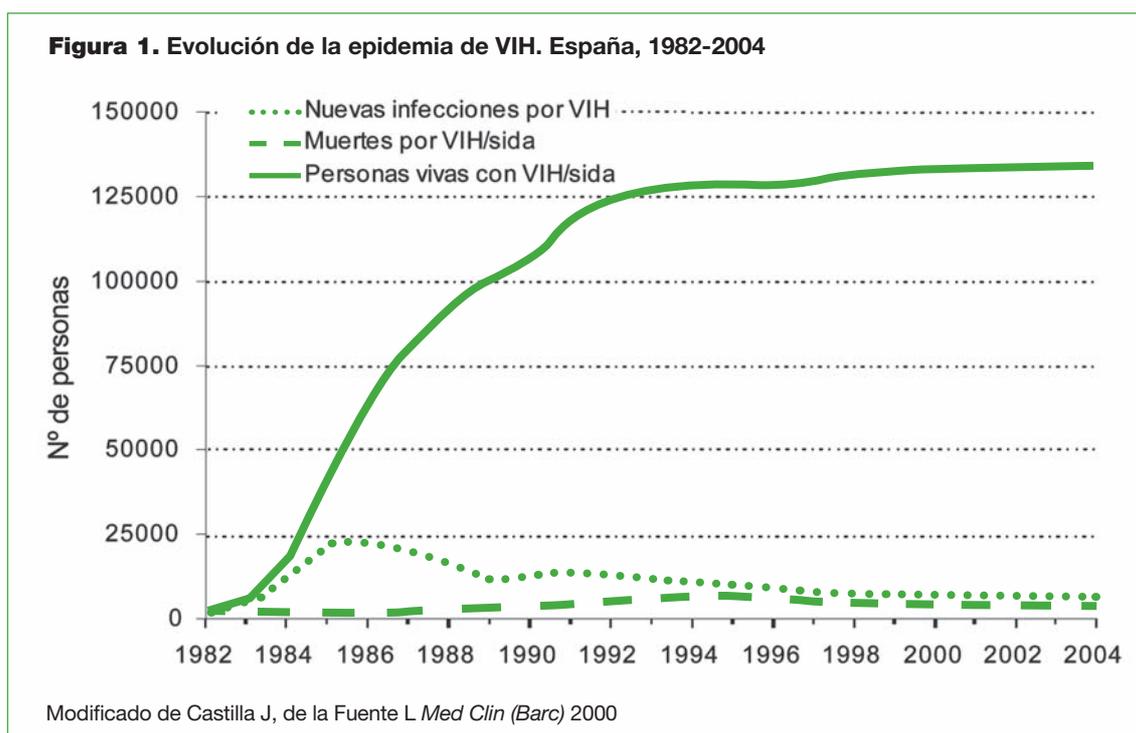
dando a los órganos de cooperación al desarrollo que, por su parte, están ampliando enormemente su acción en el campo del VIH. Los avances en este ámbito se medirán mediante el presupuesto anual destinado a cooperación internacional en VIH y sida, tanto a través de organismos internacionales como bilateralmente.

Referencias

- ¹¹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2001-2005.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.
- ¹² Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
- ¹³ Canadian Public Health Association. **Leading Together: Canada Takes Action on HIV/AIDS (2005-2010).** Ottawa, 2005.
- ¹⁴ De Bruyn T. **A Plan of Action for Canada to reduce HIV/AIDS-related stigma and discrimination.** Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2004.
- ¹⁵ **Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.** Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Resolución A/RES/S-26/2. Junio de 2001.
- ¹⁶ ECDC Meeting Report. **HIV prevention in Europe: Action, needs and challenges.** Stockholm, 2-3 October 2006. European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm 2007.
- ¹⁷ Marks G, Crepaz N, Janssen RS. **Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA.** *AIDS* 2006, 20: 1447-1450.
- ¹⁸ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Actualización año 2006.** Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ¹⁹ Vermeer V, Walter J (eds). **Similar to others, yet different in many ways. HIV/AIDS prevention from a cultural diversity approach.** NIGZ, Stichting AIDS Fonds, Commission of the European Communities.
- ²⁰ **Stratégie de prévention de l'infection VIH/SIDA en France pour les années 2001-2004.** Direction Generale de la Santé. Paris, 2001.
- ²¹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Encuesta hospitalaria en pacientes VIH/Sida. Análisis de la Evolución 1996-2004.** Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ²² Frieden TR, Das-Douglas M, Kekkerman SE, Henning KJ. **Applying public health principles to the HIV epidemic.** *N Engl J Med* 2005; 353: 2397-402.
- ²³ **STI/HIV Prevention. The Swedish National Action Plan for STD/HIV Prevention 2000-2005.** National Institute of Public Health, 2001.
- ²⁴ **Strategic Plan. Responsibility and Consideration. A strategy for the prevention of HIV and Sexually Transmitted Diseases.** The Norwegian Ministry of Health (sin fecha).
- ²⁵ Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC. **HIV/AIDS in Europe. Moving from death sentence to chronic disease management.** WHO Europe. Copenhague, 2006.
- ²⁶ Piot P. **AIDS: from crisis management to sustained strategic response.** *Lancet* 2006;368:526-30.
- ²⁷ **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre la lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009.** Bruselas, 15.12.2005 COM(2005) 654 final.

3. Contexto epidemiológico

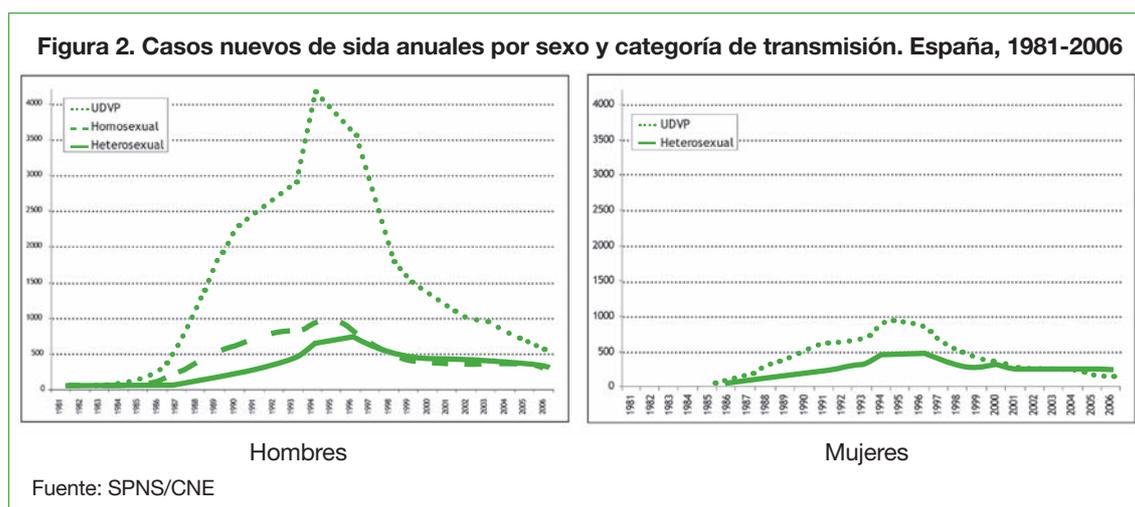
El VIH se ha expandido por el mundo generando una pandemia de grandes proporciones que ha afectado gravemente a la demografía y la economía de numerosos países. Se estima que en 2007 hay en el mundo 33,2 (30,6 – 36,1) millones de personas vivas con VIH, muchas de ellas infectadas hace años y sin acceso a tratamiento, por lo que los fallecimientos siguen aumentando. La propagación del virus continúa, y en ese mismo año se infectaron 2,5 (1,8 - 4,1) millones de personas²⁸.



La situación en cuanto a la transmisión y el acceso al tratamiento es muy heterogénea. África subsahariana es la región más afectada, con prevalencias del 30% de infección en la población adulta de algunos países, pero muy pocas personas reciben tratamiento. Por el contrario, el uso de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) está generalizado en los Estados Unidos y la Unión Europea, lo que ha generado grandes descensos de la morbi-mortalidad por sida. Estos logros y los éxitos en prevención alcanzados en la década de 1990 hicieron pensar que, al menos en los países ricos, el futuro podía encararse con optimismo; lejos de ello, en los últimos años ha crecido el número de nuevos diagnósticos de infección en varios países, afectando en particular a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). En Europa del Este y los Países Bálticos, el VIH se expande rápidamente ligado al uso compartido de material de inyección para el consumo de drogas, sin que existan los recursos humanos y económicos necesarios para controlarlo. En cuanto a América Latina y algunas partes de Asia, aunque se han logrado éxitos parciales, tanto en la prevención como en el acceso a TARGA la situación dista mucho de estar controlada.

La epidemia de VIH en España

La coincidencia en el tiempo del inicio de la epidemia del VIH con la del uso parenteral de drogas ilegales marcó la expansión del virus en España (Figura 1) y el patrón epidemiológico observado, ya que, en nuestro país, la introducción del virus se produjo sobre todo por el uso compartido de material de inyección y, en menor medida, en HSH.

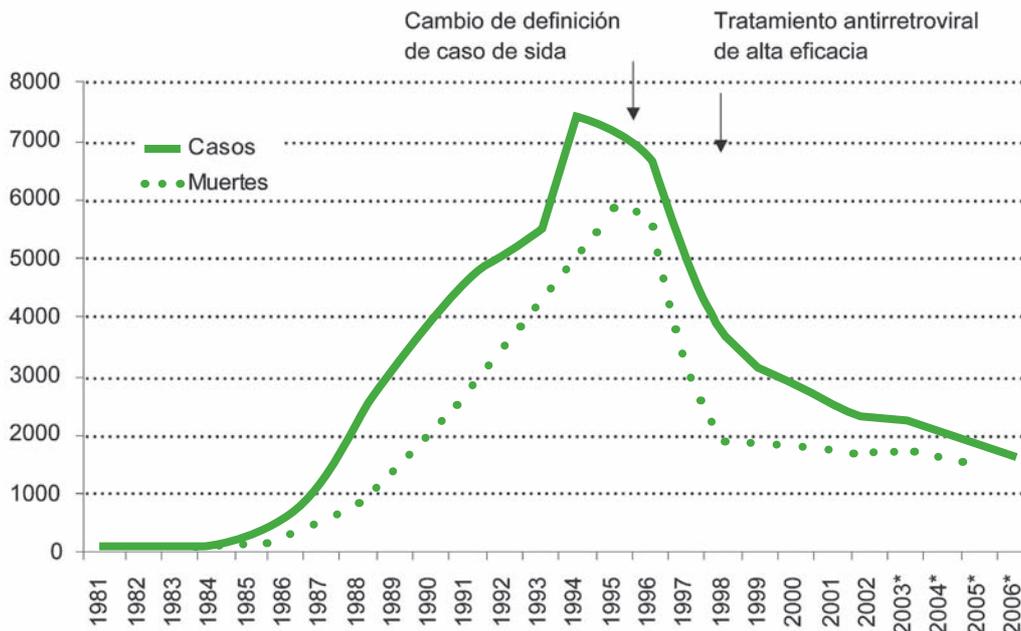


Al ser la parenteral una vía muy eficiente de transmisión, el VIH se propagó rápidamente entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) y esto repercutió también en la transmisión perinatal y heterosexual. Al inicio de la década de 1990 se estimaba que ya se habían producido más de 100.000 infecciones en España, y durante años se registraron aquí las tasas de sida más altas de Europa. En esta época, las dos terceras partes de los casos de sida eran UDI, en contraste con lo que sucedía en la mayoría de países desarrollados donde, entre los casos autóctonos, predominaban los HSH²⁹ (Figura 2).

La respuesta de las autoridades sanitarias y la sociedad civil³⁰ ante la epidemia logró mejoras en el control de la transmisión, que a partir de 1993-1994 comenzaron a reflejarse en los datos de nuevos diagnósticos de VIH y de los sistemas de vigilancia centinela. Por otra parte, la expansión del TARGA en 1996-1997 produjo una mejoría en la situación inmunológica de las personas con VIH; en consecuencia, la morbi-mortalidad por sida disminuyó enormemente (Figura 3) y la calidad de vida de los afectados mejoró.

El abandono de la vía parenteral por parte de los usuarios de drogas, los programas de reducción de daños y el resto de medidas de prevención adoptadas propiciaron un descenso progresivo de la transmisión del VIH en España, especialmente notorio entre los UDI. En consecuencia, en los últimos años el patrón epidemiológico de transmisión del VIH ha cambiado: la transmisión parenteral ha dejado de ser la predominante para ser sustituida por la sexual, tanto homosexual como heterosexual. A este cambio también ha contribuido la llegada a España de inmigrantes procedentes de países donde esta última es la forma más común de infectarse con el VIH.

Figura 3. Evolución de la incidencia de sida. España, 1981-2006



* Estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación.
Fuente: SPNS/CNE

Situación actual

Número y características de las personas que padecen la infección por el VIH

Se estima que en España hay entre 120.000 y 150.000 personas con VIH (Tabla 5), aunque probablemente en torno al 30% no lo saben. La prevalencia estimada se sitúa en torno a las 3 infecciones por mil habitantes, pero las tasas son mayores entre los hombres y los residentes en el medio urbano³¹. Esta población se mantiene bastante estable puesto que, según los datos disponibles, el número de nuevas infecciones que se incorporan anualmente es bastante similar al de fallecimientos acaecidos en el colectivo, que pueden haberse producido por causas relacionadas o no con la infección por VIH.

Tabla 5. Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España a finales de 2006

Nuevos diagnósticos de VIH (tasa por millón de habitantes)*	60-85
Mecanismo probable de infección de los nuevos diagnósticos de VIH*	
Usuarios de drogas por vía parenteral	15% - 20%
Hombres con prácticas homosexuales	25% - 30%
Riesgo heterosexual	45% - 55%

Personas que viven con infección por el VIH	120.000 - 150.000
Prevalencia de infección por VIH (tasa por 1000 habitantes)	2,4 - 3,6
Mecanismo probable de infección en las personas que viven con VIH	
Usuarios de drogas por vía parenteral	40% - 45%
Hombres con prácticas homosexuales	15% - 25%
Riesgo heterosexual	25% - 35%
Características de las personas que viven con VIH	
Hombres	75% - 80%
Mujeres	20% - 25%
Niños (menores de 13 años)	< 1%
Personas que han desarrollado sida desde el comienzo de la epidemia**	75.000 - 90.000
Muertes por VIH/sida desde el principio de la epidemia**	50.000 - 55.000

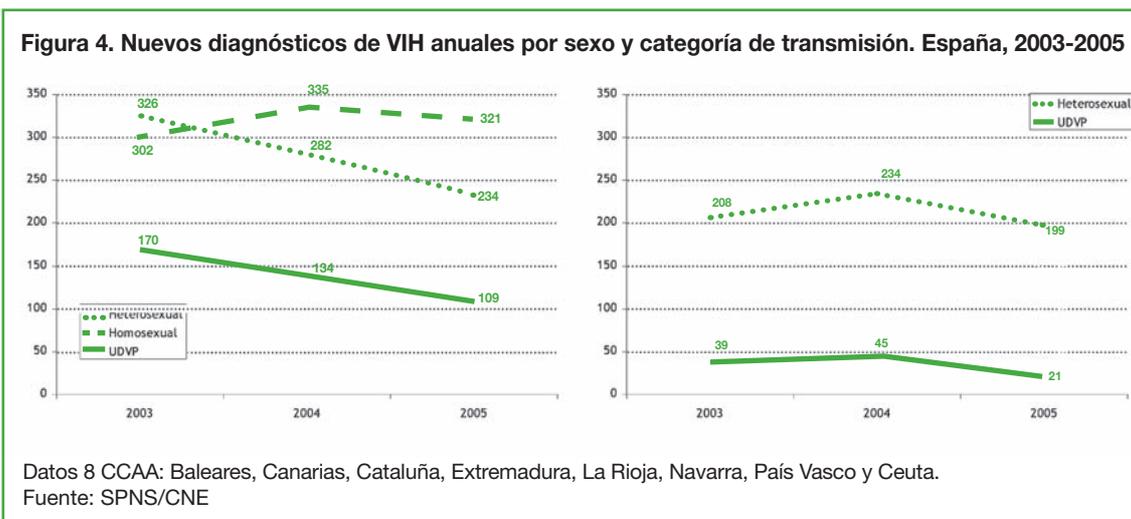
*Basada en datos conjuntos de Canarias, Ceuta, La Rioja, Navarra, País Vasco, Cataluña, Baleares y Extremadura.

**Estimaciones teniendo en cuenta la subnotificación.

La mejor aproximación a las características de estas personas puede obtenerse del estudio de los casos de sida notificados recientemente y de la Encuesta Hospitalaria de Pacientes³². A partir de estas fuentes se puede estimar que algo menos de la mitad (40-45%) de las personas con VIH habrían contraído la infección por compartir material de inyección, el 30-35% por relaciones heterosexuales sin protección y el 20-25% serían HSH. Los hombres suponen casi el 75% y la edad media de estas personas ronda los 40 años.

Tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH

El análisis de la información generada por las CCAA que tienen sistemas de información sobre los nuevos diagnósticos de VIH permite aproximarse al patrón epidemiológico y la tendencia de las nuevas infecciones en España, en los que cabe destacar tres aspectos:



- Las estimaciones disponibles sugieren que la transmisión del VIH en España tuvo su punto álgido al final de la década de 1980 e inicio de la de 1990; desde entonces se observa un descenso sostenido del número de nuevos diagnósticos de VIH. Este descenso llega a ser del 8% anual en los datos conjuntos de Canarias, Ceuta, La Rioja, Navarra y País Vasco, para el periodo 2000-2004, y llega al 17% en los UDI³³. Datos recientes de las cinco comunidades citadas más Cataluña, Baleares y Extremadura³⁴ (32,2% de la población española), arrojan una tasa media global cercana a los 80 nuevos diagnósticos de VIH por millón habitantes en el periodo 2003-2005, cifra similar a la de otros países de Europa occidental; la tendencia global sigue siendo descendente, pero mientras los nuevos diagnósticos en UDI caen claramente año tras año, los atribuidos a transmisión sexual tienden a estabilizarse, sobre todo en HSH (Figura 4).
- La transmisión por vía parenteral del VIH ya no es la más importante y ha cedido su lugar a la sexual. En los datos más recientes casi el 50% de los nuevos diagnósticos se atribuyen a transmisión heterosexual, la transmisión en HSH representa en torno al 25% y la parenteral en torno al 20%. El predominio en hombres sigue siendo claro, pero en las infecciones atribuidas a relaciones heterosexuales la razón hombre/mujer se acerca a la unidad. La edad media al diagnóstico está entre los 35 y los 40 años y los hombres son algo mayores que las mujeres.
- Las recientes corrientes de inmigración hacia España ya se reflejan en los datos de infección por VIH. El porcentaje de nuevos diagnósticos que afecta a personas de otros países ha subido notablemente, aunque en números absolutos el incremento sea mucho menos marcado. Los inmigrantes suponen ya un tercio de los nuevos diagnósticos, y su lugar de origen más común es Latinoamérica, África Subsahariana y Europa occidental.

Frecuencia de conductas de riesgo

La frecuencia de las conductas de riesgo es un factor determinante del nivel de endemia en la población. En España hay numerosos estudios en UDI^{35, 36, 37} y HSH³⁸, tanto de conductas sexuales como, en su caso, de inyección, que orientan los distintos apartados de este documento.

En cuanto a las conductas sexuales en población general, los datos de la primera Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales en España³⁹ permiten la caracterización de los subgrupos en situación de riesgo. La edad media de iniciación sexual (18 años en hombres y 19 en mujeres) es mayor que en otros países europeos, y el 80% de los menores de 30 años dijeron haber usado condón en su primera relación sexual. Por otra parte, el 6,7% de los hombres refirieron haber pagado a cambio de sexo, un porcentaje más alto que en otros países, y el 88% había utilizado condón la última vez que lo hizo. El 3,9% de los hombres declaró haber tenido relaciones homosexuales alguna vez en la vida, cifra similar a la de otros países. En conjunto, los resultados parecen sugerir niveles de riesgo para la transmisión sexual del VIH inferiores a los de otros países europeos, aunque las conductas tienden a igualarse al disminuir la edad y la proporción de usuarios de prostitución es mayor, con prevalencias de VIH más altas en trabajadores sexuales, en particular los varones⁴⁰, que en el conjunto de la población. El hecho de que, tras años de descenso continuado, los casos

declarados de gonococia y sífilis aumenten desde 2001, sugiere también que las relaciones sexuales sin protección han aumentado⁴¹.

Elementos clave para el futuro

El examen de la información epidemiológica existente en España permite concluir que desde mediados de la década de 1990 la epidemia de VIH evoluciona favorablemente, con descensos en la mortalidad, la incidencia de sida y la frecuencia de nuevos diagnósticos. Sin embargo, la situación se ha hecho más compleja por la introducción del TARGA, los cambios en la transmisión y la llegada de personas de otros países muy heterogéneos, tanto socialmente como en cuanto a los patrones de transmisión del virus.

Es preciso adecuar los sistemas de información epidemiológica a las necesidades que han surgido al evolucionar la epidemia. En este sentido, es imprescindible extender a todo el país los sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH.

Asimismo, se necesita saber más sobre las conductas sexuales de riesgo. Por ello, hay que obtener más y mejor información epidemiológica sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS). Amén de estar estrechamente ligadas al VIH, la evolución de la incidencia y prevalencia de las ITS son un indicador precoz de la evolución de la infección por VIH.

Persisten retos importantes que se han de afrontar en el medio y largo plazo:

- Algunas categorías de exposición, como los HSH y las parejas de personas infectadas por el VIH tienen una evolución menos favorable que el conjunto de la epidemia.
- Aunque el número de personas que se inyectan drogas ha disminuido drásticamente, entre las que continúan haciéndolo el riesgo de infección sigue siendo muy alto. La prevalencia de infección por VIH entre los inyectores de drogas sigue una tendencia descendente desde el año 1996, aunque sigue siendo alta.
- Las personas de otros países son ya un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH. Por ello es preciso adecuar nuestros sistemas de información para reflejar a lo largo del tiempo las necesidades, en términos de prevención y tratamiento, de esta población especialmente vulnerable, y adaptar la respuesta convenientemente.
- La existencia de una elevada proporción de personas cuya infección no está diagnosticada tiene implicaciones muy negativas sobre el curso de la epidemia y la propia evolución clínica de los afectados. Adicionalmente, dificulta las estimaciones sobre la magnitud y evolución real de la epidemia.
- Facilitar el acceso al TARGA es básico tanto desde el punto de vista individual como colectivo, pues la transmisión del VIH disminuye al bajar la carga viral. Por ello, la información sobre acceso a tratamiento, resultados de éste y aparición de resistencias tiene gran valor para la salud pública, y habrá que mejorarla.
- El VIH continúa progresando en el mundo sin que las barreras geográficas le afecten. Mientras no se disponga de una vacuna eficaz, ningún país estará a salvo de verse afectado, y lo que haga cada país afectará, de una forma u otra, a los demás. En este marco, la solidaridad mundial es, más que nunca, una necesidad práctica y una obligación moral.

El VIH continúa progresando en el mundo sin que las barreras geográficas le afecten. Sin una vacuna eficaz, ningún país está a salvo

Referencias

- ²⁸ UNAIDS/WHO. **AIDS epidemic update: December 2007.** (UNAIDS/07.27E/ JC1322E).
- ²⁹ Registro Nacional de Casos de Sida. **Situación epidemiológica a 31 de Diciembre de 2006.** Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 2005.
- ³⁰ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Plan de Movilización Multisectorial frente el VIH/SIDA 1997-2000.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1998.
- ³¹ Castilla J, Pachón I, González MP, Amela C, Muñoz L, Tello O. **Seroprevalence of HIV and HTLV in a representative sample of the Spanish Population.** *Epidemiol Infect* 2000;125:159-162.
- ³² Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Encuesta hospitalaria en pacientes VIH/Sida. Análisis de la Evolución 1996-2004.** Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ³³ Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A *et al.* **Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004).** *Gac Sanit* 2006; 20(6):442-448.
- ³⁴ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Actualización año 2006.** Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ³⁵ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **Observatorio Español sobre Drogas, Informe 2004.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005.
- ³⁶ De la Fuente L, Bravo MJ, Toro C *et al.* **Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes.** *J Epidemiol Community Health* 2006;60:537-542.
- ³⁷ Centre d'estudis epidemiològics sobre el VIH/SIDA de Catalunya (CEESCAT). **Sistema Integrat de Vigilancia Epidemiològica del SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES) 2005.** Document tècnic número 17. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2005.
- ³⁸ Centre d'estudis epidemiològics sobre el VIH/SIDA de Catalunya (CEESCAT). **Sistema Integrat de Vigilancia Epidemiològica del SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES) 2005.** Document tècnic número 18. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2006.
- ³⁹ Instituto Nacional de Estadística/ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003.** Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.
- ⁴⁰ Del Romero Guerrero J, Castilla Catalán J, Rodríguez Marín C *et al.*, por el Grupo EpiVIH. **Prevalencia de infección por el VIH en personas que ejercen la prostitución en España, 2000-2004.** SEISIDA.
- ⁴¹ Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual, 1995-2005.** Noviembre 2006.

Objetivo 1

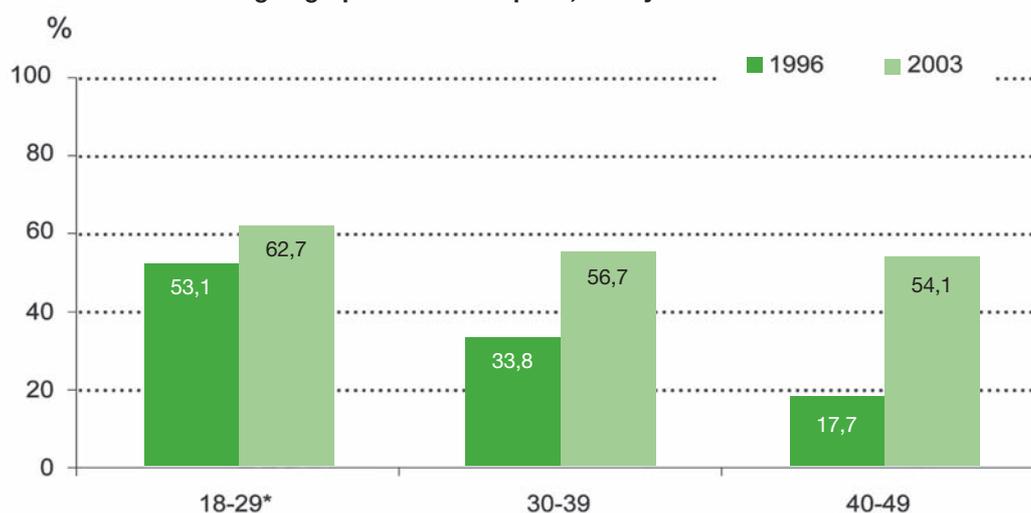
Prevenir nuevas infecciones

4. Población general y subgrupos que requieren intervenciones específicas

Como ONUSIDA ha señalado en numerosas ocasiones, la respuesta a la epidemia sería insostenible sin la prevención. La prevención funciona. (Figura 5). No obstante, como con la mayoría de las intervenciones de salud pública, no cabe esperar éxitos totales en sus resultados. Los cambios de conductas, y en particular los hábitos sexuales, son particularmente difíciles, pero son también la principal manera de que disponemos actualmente para prevenir las nuevas infecciones.

Hay señales de un retorno de las conductas de riesgo en países en los que parecía controlada la epidemia. En el momento de cerrar este Plan Multisectorial, el curso de la infección por VIH en España se mantiene favorable, pero las tendencias nacionales e internacionales en las conductas de riesgo y en la propia infección indican claramente que para que se mantenga un escenario de futuro positivo hay que hacer un esfuerzo en prevención. En la última década se ha incrementado la inversión en las actividades de prevención, aunque partiendo de niveles muy reducidos. En 1996 no alcanzaba los 10 millones de euros, y 10 años después supera los 25 millones.

Figura 5. Porcentaje de personas que usaron siempre preservativo con las parejas ocasionales en los últimos 12 meses según grupo de edad. España, 1996 y 2003.



* Para 1996, 20-29 años.

Fuentes: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas, 1996, PNSD y Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, 2003, INE/SPNS.

Por supuesto el esfuerzo hay que adaptarlo a un contexto diferente, una situación en la que la mayoría de los ciudadanos vive la epidemia como algo exterior con pocas probabilidades de afectarle y, en el caso de que eso sucediera, con tratamientos disponibles. Esta situación no sólo afecta a la población general. También las personas con una

probabilidad elevada de encontrarse con una pareja sexual VIH+ se ven afectadas por este optimismo. En estas circunstancias las estrategias de reducción del riesgo adquieren mayor importancia cada día.

Como en otros cambios de conducta hacia opciones más saludables, los objetivos han evolucionado desde un cierto maximalismo hacia metas más pragmáticas, que en general han demostrado mayor efectividad. En el caso del uso del condón han dejado paso a una gestión del riesgo bien informada en un contexto de aceptación, acceso y capacitación para su uso⁴².

Dentro de este objetivo de prevenir las nuevas infecciones se incluyen las acciones dirigidas a la población general y a aquellos subgrupos de población que requieren intervenciones específicas (Tabla 6).

Existen sectores de población con mayor riesgo de infección por el VIH, aunque el riesgo para cada individuo dependa de sus prácticas y no del grupo al que pertenezca. Al diseñar las intervenciones preventivas dirigidas no a individuos, sino a estas poblaciones más vulnerables, siempre se corre el riesgo de estigmatizarlas⁴³. Por este motivo es imprescindible la participación de la población diana en el diseño y el desarrollo de estos programas, que deben contar con su aceptación.

Tabla 6. Subgrupos de población y ámbitos que requieren intervenciones preventivas específicas – Grupos de prevención

- Hombres que tienen sexo con hombres
- Personas que se inyectan drogas
- Personas que ejercen la prostitución y sus clientes
- Jóvenes y adolescentes
- Mujeres
- Inmigrantes
- Centros penitenciarios
- Ámbito sanitario
- Personas con VIH y sus parejas

Los anteriores planes multisectoriales para la infección por VIH siempre han reconocido que la reducción de la vulnerabilidad pasa por la mejora de las condiciones estructurales, y entre sus principios rectores se cuenta la equidad, teniendo en cuenta los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales a la hora de diseñar las intervenciones^{44,45}. En los grupos que se abordan a continuación este enfoque adquiere particular importancia, lo que se traduce en una necesidad de ampliar la colaboración con otras organizaciones.

La infección por VIH tiene un impacto negativo desproporcionado en los grupos de población más desfavorecidos socialmente

La información epidemiológica disponible⁴⁶ indica que, en la actualidad, los subgrupos de población que requieren intervenciones específicas en España son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas que se inyectan drogas (usuarios de drogas inyectadas, UDI o inyectores) y las personas que ejercen la prostitución (PEP), sean mujeres, hombres o transexuales, y sus clientes. La disponibilidad de un sistema

poblacional de información sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH prevista durante el periodo de vigencia de este plan permitirá reajustar estos ámbitos y subgrupos específicos.

Por otra parte, existen grupos con características diferenciales que pueden determinar mayor vulnerabilidad frente al VIH, que necesitan una adaptación de los programas para mejorar su efectividad o que, por las tendencias evolutivas de la epidemia en España, requieren también intervenciones específicas. Entre estos están los jóvenes y adolescentes, las mujeres y los inmigrantes.

Hay ámbitos institucionales específicos en los que la intervención preventiva puede ser particularmente eficiente y requiere una intensidad especial, por lo que los centros penitenciarios y la prevención en el ámbito sanitario, incluyendo la transmisión vertical y la profilaxis post exposición, también se abordan en apartados independientes.

Finalmente, la prevención en personas con VIH y sus parejas, aunque se ha venido dejando principalmente al ámbito sanitario, debe desarrollarse también fuera de éste, por lo que, junto a su importancia creciente, tiene un apartado propio.

Los diez capítulos en los que está estructurado a continuación el objetivo general de prevención corresponden a estos nueve subgrupos de población que requieren intervenciones específicas, más el dedicado a las estrategias y objetivos en población general.

Referencias

⁴² Instituto Nacional de Estadística. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003**. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.

⁴³ Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH). **National HIV/AIDS Programme 2004-2008**. Swiss Federal Office of Public Health, Berna, 2003.

⁴⁴ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000**. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997.

⁴⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2001-2005**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

⁴⁶ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Infección por VIH y sida en España. Plan Multisectorial. Indicadores 2006**. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006.

5. Población general

Según el Eurobarómetro, a pesar de que la epidemia de VIH/sida sigue presente en la UE, e incluso se agrava en muchos estados miembros y en países vecinos, son numerosos los jóvenes europeos que tienen cada vez menos conciencia del problema y dejan de tomar precauciones. Concretamente en España, junto con Italia y Reino Unido, la concienciación ha caído de manera significativa entre 2002 y 2006⁴⁷. La prevención mediante la concienciación y la educación es una de las áreas de actuación prioritaria señaladas en la Comunicación de la Comisión sobre la lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países de su entorno⁴⁸.

... una gestión del riesgo bien informada en un contexto de aceptación, acceso y capacitación para el uso del condón

La población general, la sociedad civil y los políticos deben saber que la infección por el VIH/sida es un problema de salud pública importante en España, y para ello hay que mantener su visibilidad. En esto tienen un papel esencial los grandes medios de comunicación, tanto a través de campañas gubernamentales y no gubernamentales como en el modo en que cubren la información sobre VIH/sida.

La epidemia de VIH ha cambiado en España. Si hace dos décadas la transmisión se producía fundamentalmente por uso compartido de material de inyección en usuarios de drogas inyectadas, actualmente la transmisión sexual es el mecanismo más importante⁴⁹. Sin embargo la percepción del riesgo de transmisión sexual del VIH entre la población general es muy baja, especialmente del riesgo de transmisión heterosexual⁵⁰. Con los avances en los tratamientos a menudo se piensa que es ya un problema más mundial que doméstico. Lo mismo ocurre con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), a pesar de que suponen uno de los principales factores de riesgo para el VIH y por sí mismas generan una gran carga de morbilidad y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz. Como consecuencia podría existir un descenso de la conciencia sobre la necesidad de adoptar medidas de prevención.

Aunque entre los más jóvenes el uso del preservativo está más extendido, aún no alcanza los niveles deseados. Según los resultados de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de 2003, el 17% de la población entre 18 y 49 años mantuvo relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último año y, de ellos, el 59% utilizó siempre el preservativo. Esto significa que el 41% de la población con este tipo de relaciones ha podido estar expuesta alguna vez al riesgo de infección por el VIH y que queda un amplio recorrido para la acción preventiva.

A lo largo de los últimos diez años se han seguido incrementando los recursos destinados a campañas informativas dirigidas a la población general, pero todavía hay una proporción importante de los ciudadanos y ciudadanas que cree en medidas ineficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH, que asocia erróneamente el riesgo de infección con determinados vehículos o mecanismos de transmisión como la saliva, la donación de sangre o las picaduras de mosquito, y que sigue relacionando el VIH con determinados grupos de población, en lugar de considerar que el riesgo de infección por VIH está asociado a determinadas prácticas.

Es necesario promover la cultura del sexo seguro y la reducción de riesgos entre la población, seguir informando sobre la infección por el VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas de prevención, de manera que se puedan identificar adecuadamente las situaciones y las conductas relacionadas con el riesgo de infección. Por otra parte, es necesario promocionar actitudes favorables hacia el preservativo para extender su uso.

Concienciación, diagnóstico precoz y solidaridad

Aunque existen dificultades para evaluar las campañas en grandes medios de comunicación, sí que parece demostrada su capacidad para concienciar a la población^{51,52}, y crear un ambiente favorable a la prevención y a la solidaridad. Las intervenciones en internet, que aún no han sido suficientemente explotadas ni mucho menos evaluadas, irán adquiriendo mayor importancia, no sólo las orientadas a jóvenes o gays sino también a la población general, para la que constituye un punto de información y de encuentro.

Por otra parte, se estima que en España viven entre 120.000 y 150.000 personas con infección por el VIH, y que alrededor de una cuarta parte de ellas todavía no ha sido diagnosticada. Este retraso diagnóstico afecta fundamentalmente a aquéllos que adquirieron la infección por transmisión heterosexual.

Como ya se ha indicado en otros apartados, la existencia de un número tan elevado de personas infectadas por el VIH sin diagnosticar tiene implicaciones sobre la salud individual y colectiva. Por un lado, no les permite beneficiarse de los tratamientos disponibles y de la consecuente mejora del pronóstico y de la calidad de vida, e incrementa el riesgo de reinfección y/o infección por otras ITS. Por otro, aumenta el riesgo de transmisión a otras personas por no adoptar las medidas de protección necesarias y por la mayor transmisibilidad derivada de una carga viral elevada en ausencia de tratamiento. Es necesario desarrollar actividades encaminadas a la promoción de la detección precoz del VIH entre la población general y de forma específica dirigida a determinadas poblaciones más vulnerables.

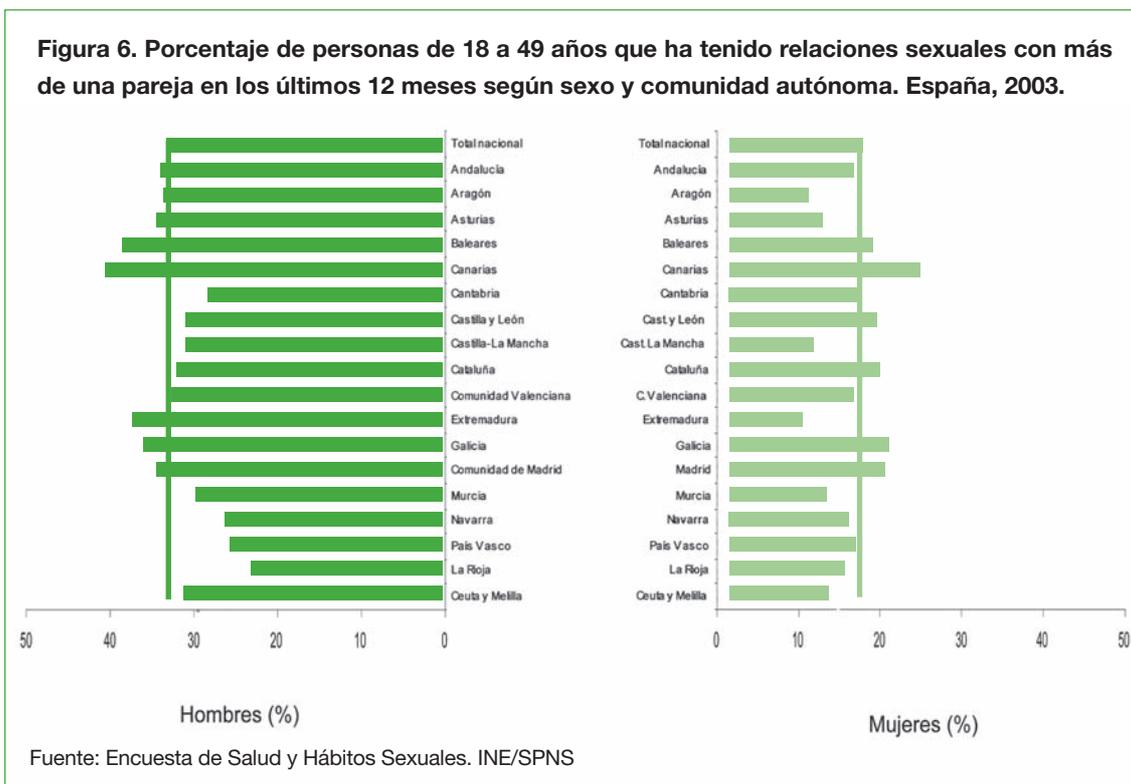
En población general, tan importante como la cultura del sexo seguro lo son probablemente las acciones encaminadas a eliminar el estigma y la discriminación. El estigma y la discriminación asociados al VIH pueden retrasar el momento de diagnóstico por el temor a recibir un resultado de seropositividad y sufrir no sólo problemas físicos, sino rechazo socio-laboral, familiar y de la pareja. Existe evidencia de que todavía siguen ocurriendo situaciones de discriminación de las personas que viven con VIH, fundamentalmente en el ámbito de la vida cotidiana⁵³. Es prioritario por tanto llevar a cabo entre la población general acciones específicas de defensa de los derechos y la dignidad de las personas con VIH o con prácticas de riesgo y de los diferentes estilos de vida.

La Campaña del Día Mundial del Sida 2006 tenía por objetivo el compromiso de la sociedad y de cada individuo en la lucha contra el sida, y lo resumía en tres propuestas: respeto a las personas con VIH, uso del preservativo y hacerse la prueba del VIH. Éstas son las bases para la acción en población general.

España ocupa el 10º lugar entre los países receptores de inmigrantes⁵⁴, que constituyen ya el 10% de la población en 2006. Son una parte importante de la sociedad española, por lo que las actividades dirigidas a la población general deben estar también convenientemente adaptadas a la diversidad cultural y lingüística.

En 2003 se llevó a cabo la primera Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales en España con objeto de recoger información de forma periódica sobre los comportamientos sexuales relevantes para la transmisión de la infección por el VIH y otras ITS en la población general, para orientar y diseñar una política de prevención efectiva (Figura 6). La Encuesta describió la magnitud y las características sociodemográficas de las subpoblaciones con distintas costumbres, culturas y relaciones sexuales en el marco de la población general, y sentó la base necesaria para valorar en el futuro los cambios en

los comportamientos y evaluar las intervenciones preventivas mediante la repetición seriada del estudio.



Objetivos

- Incrementar el nivel de información de la población sobre la infección por VIH e ITS, sus mecanismos de transmisión y las conductas que disminuyen el riesgo de exposición, especialmente en aquellos segmentos de población con mayores dificultades de acceso a la información.
- Contribuir a cambiar las actitudes de mujeres y hombres relacionadas con los condicionantes de género que dificultan la prevención de la transmisión heterosexual del VIH.
- Aproximar la percepción del riesgo de transmisión heterosexual del VIH de las mujeres y los hombres a la realidad epidemiológica de nuestro país.
- Intensificar las estrategias de promoción del uso del preservativo como medida de prevención de la infección por VIH.
- Promocionar entre la población general una gestión bien informada del riesgo de transmisión del VIH y otras ITS.
- Promocionar entre la población general la prueba de detección del VIH, reduciendo las barreras informativas y psicológicas para su realización y facilitando el acceso.
- Desarrollar entre la población general acciones específicas de información y sensibilización frente al estigma y la discriminación hacia las personas con VIH o hacia las poblaciones más vulnerables.

- Recoger de forma periódica, a través de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, información sobre los comportamientos sexuales relevantes para la transmisión de la infección por VIH y otras ITS en la población general residente en España, con el fin de orientar las estrategias preventivas.
- Mantener la visibilidad de la epidemia como problema de salud pública mediante el compromiso político y la información en los grandes medios de comunicación.

Referencias

- ⁴⁷ European Commission. **Special Eurobarometer 240 on AIDS prevention 240/Wave 64.1 and 64.3** – TNS Opinion & Social, 2006. (IP/06/1531).
- ⁴⁸ **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, de 15 de diciembre de 2005, sobre la lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009** [COM (2005) 654 final - no publicada en el Diario Oficial].
- ⁴⁹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de la epidemia de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA**. Actualización año 2005. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ⁵⁰ Instituto Nacional de Estadística / Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003**. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.
- ⁵¹ Dubois-Arber F *et al.* **Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland**. *AIDS* 1999;13(18):2571-2582.
- ⁵² Moatti JP *et al.* **Impact on the general public of media campaigns against AIDS: a French evaluation**. *Health Policy* 1992;21:233-247.
- ⁵³ Universidad Carlos III / Cruz Roja Española. **Discriminación y VIH/SIDA. 2005. Estudio Fipse sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o Sida**. Fipse, Madrid 2006.
- ⁵⁴ United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision**. United Nations, New York, 2006. (POP/DB/MIG/Rev.2005/Doc).

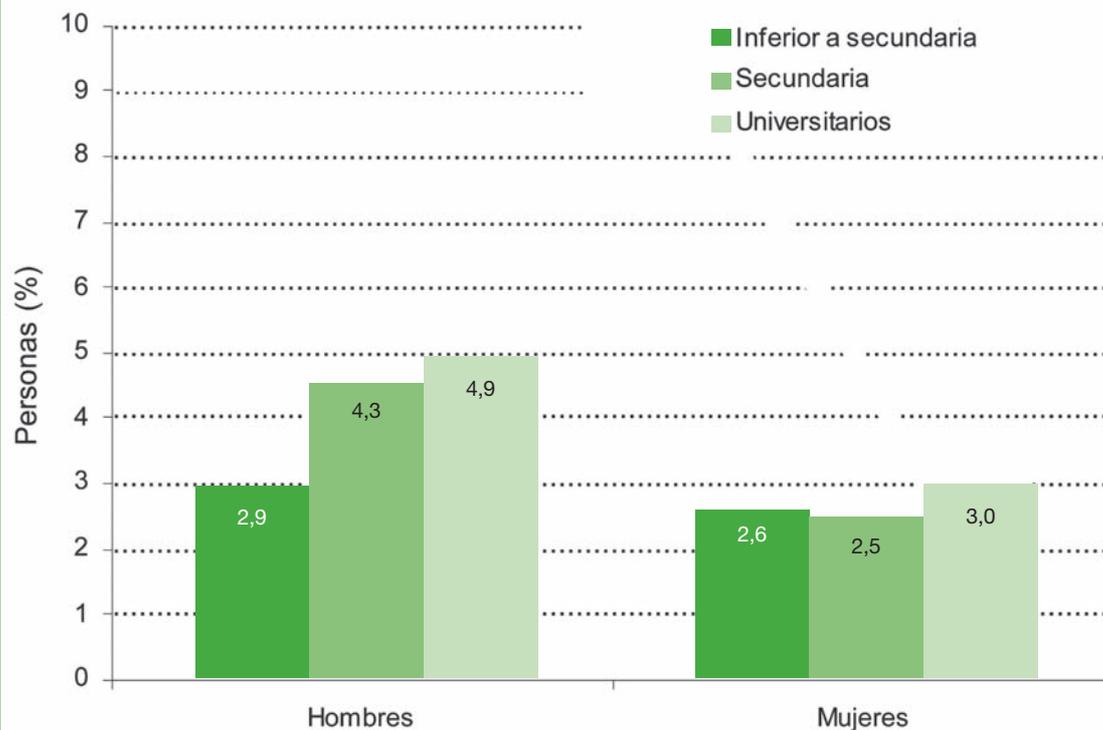
6. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Un 3,9% de los hombres manifiesta haber tenido relaciones homosexuales con penetración (anal u oral) en algún momento de su vida⁵⁵, y aún cabe suponer cierto grado de infradeclaración por la valoración social en ocasiones negativa de la homosexualidad (Figura 7).

El cansancio ante el sexo más seguro

La comunidad gay disminuyó de forma importante sus prácticas sexuales con riesgo como respuesta a la infección por el VIH. Sin embargo, esta tendencia parece haber cambiado. Incluso en algunos estudios se observa que han aumentado, como lo ha hecho también la incidencia de ITS.

Figura 7. Porcentaje de personas de 18 a 49 años que han tenido relaciones homosexuales alguna vez en la vida según sexo y nivel de estudios. España, 2003.

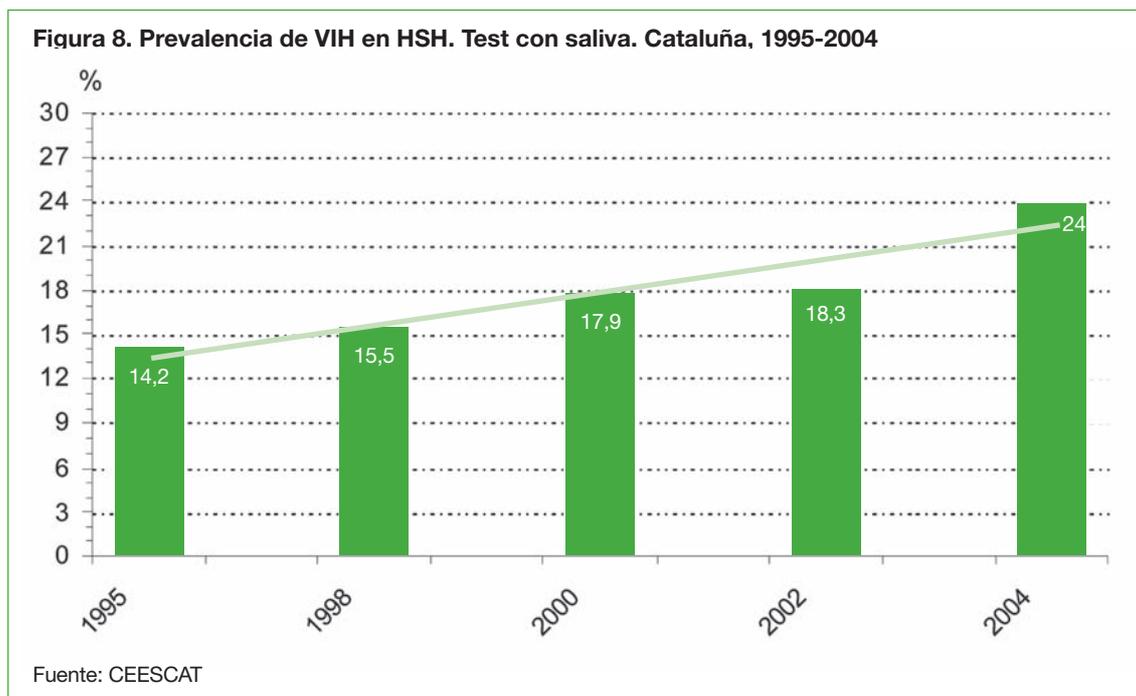


De la utilización más sistemática del preservativo se ha pasado en los últimos años a un aumento de las exposiciones sexuales con riesgo, a una mayor dificultad para aceptar y proponer el uso del preservativo y, en definitiva, a un desánimo para la adopción de medidas preventivas. Podría afirmarse que existe una disminución de la percepción del riesgo entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), y que las actuales acciones preventivas no parecen superarlo. Al mismo tiempo la prevalencia de infección en este grupo de población es elevada, por lo que podemos decir que, en España, los hombres con prácticas homosexuales mantienen un elevado nivel de riesgo de infección por el VIH y otras ITS. En esta situación puede esperarse un aumento de la incidencia de VIH, así como de la prevalencia, debido tanto a las nuevas infecciones como a la mayor supervivencia de las personas con VIH.

En el período 2001-2005, correspondiente al anterior plan multisectorial, la incidencia de sida atribuida a las relaciones sexuales no protegidas entre hombres descendió un 29,5%⁵⁶. Sin embargo, en 2006, éste fue el tercer mecanismo de transmisión, con un 16,6% del total de casos notificados. También en 2006, el 62% de todos los hombres diagnosticados de sida por mantener prácticas homosexuales con riesgo desconocía su infección por el VIH⁵⁶.

Con respecto a los nuevos diagnósticos de VIH, en el período 2003-2005, el 30,2% ha ocurrido en HSH (26,9% en 2003, 30,4% en 2004 y 33,9% en 2005). De ellos, el 17,8% correspondió a hombres procedentes de Latinoamérica⁵⁷.

Hasta el año 1999, diferentes estudios realizados en HSH mostraban que la prevalencia de VIH se había estabilizado en torno al 10%-15%⁵⁸. En el estudio de ámbito nacional *cuídate.info*⁵⁹, realizado en 2003, la prevalencia de VIH encontrada fue del 12,1%, acorde con la anterior afirmación. Sin embargo, el estudio seriado que lleva a cabo el CEEISCAT en Cataluña desde 1995 ha observado una tendencia ascendente muy acentuada (Figura 8). Concretamente, la prevalencia del VIH con test en saliva ha pasado del 14% en 1995 al 24% en 2004⁶⁰.



El porcentaje de HSH que se ha realizado la prueba en alguna ocasión es elevado, por encima del 70%. Entre los motivos citados en el estudio *cuídate.info* para no hacerse la prueba del VIH destacan el impacto emocional que implicaría el recibir un resultado positivo y el miedo a ser discriminado por ello. Los principales lugares de realización de la última prueba del VIH fueron la consulta del médico de cabecera (28%), los centros de ITS (24%) y los hospitales (20%)⁵⁹.

Los estudios sobre conductas sexuales realizados en distintas poblaciones de hombres con prácticas homosexuales muestran una tendencia creciente en el número de parejas sexuales, un aumento de la práctica de la penetración anal no protegida, tanto con la pareja estable como con la ocasional, y un porcentaje considerable de parejas serodiscordantes que no se protege en sus prácticas sexuales^{59,60}.

Es destacable que la mitad de las parejas estables en las que uno o los dos miembros desconocen el estado serológico con respecto al VIH, realizaron prácticas sexuales con riesgo de transmisión del VIH⁵⁹. Por último, los HSH más jóvenes, los menores de 25 años, notifican con mayor frecuencia, comparado con otros grupos de edad, prácticas sexuales con riesgo de infección por el VIH como “sexo oral con eyaculación” y “haber sido penetrado analmente sin condón”.

En los últimos 10 años, los estudios del CEEISCAT realizados entre los miembros de la comunidad gay de Cataluña muestran un incremento de la mediana de parejas sexuales (10 en 1995 y 20 en 2004), la práctica de la penetración anal no protegida con la pareja estable (54% en 1995 y 66% en 2004) y con las parejas ocasionales (24% en 1995 y 34% en 2004). Del estudio *cuídate.info*⁵⁹ se desprende que casi un 50% de los HSH ha practicado, al menos una vez, el sexo anal sin preservativo en el último año y que un 27% nunca utilizó el condón. Además, el 43% de los HSH que desconocía el estado serológico de su pareja practicó el sexo oral con eyaculación y el 34% el sexo anal sin preservativo. Igualmente, se observó que un porcentaje importante de HSH, conociendo su infección por el VIH, tuvo exposiciones sexuales de riesgo: el 12% tenía un estatus serológico con respecto al VIH distinto al de su pareja y, de ellos, uno de cada cinco realizó prácticas con riesgo para el VIH. El 63% refirió haber consumido alguna sustancia, fundamentalmente alcohol (55%), poppers (21%) y hachís/ marihuana (20%), antes o durante sus relaciones sexuales, asociándose con la práctica de sexo anal no protegido. En 2004, las drogas más consumidas han sido alcohol (58,2%), nitritos inhalados o poppers (36,1%), hachís (23,4%), cocaína (18,7%), viagra (10,9%) y ketamina (4,1%) y, en menor medida, éxtasis y anfetaminas⁵⁸.

Los accidentes con el preservativo entre los HSH no son infrecuentes. En el mismo estudio⁵⁹, el 18% de los encuestados refirió que el preservativo se le había roto, al menos una vez, durante el último año. La falta de lubricación, la utilización de saliva y la escasa experiencia en su utilización entre los más jóvenes explicarían la mayor parte de las roturas de los condones.

Más y nuevas intervenciones preventivas

En los contextos en los que el uso del preservativo no es realista o no es deseado hay que proporcionar herramientas alternativas que eviten el vacío que se deriva del dilema condón o nada. La reducción de riesgos y daños en la transmisión sexual del VIH pretende complementar el uso del preservativo en esas circunstancias. La estrategia parte de que existen diversos

Diversificar los medios de difusión, educación entre iguales, acceso fácil a condones y lubricantes y estrategias de gestión informada de los riesgos

grados de seguridad en cada práctica sexual o en su frecuencia y modalidad, y que su conocimiento permite llenar el espacio existente entre no hacer nada en prevención o utilizar condón siempre. Esta estrategia ofrece y fomenta la explicación sobre los niveles de riesgo y de protección asociados con las diferentes prácticas sexuales para que las personas puedan tomar decisiones informadas.

Otro aspecto relevante es la presencia de ITS, observándose un aumento de los casos de sífilis. Las ITS son un indicador indirecto de prácticas de riesgo y además su presencia aumenta la transmisión. En el período 2002-2003 en la Unidad de ITS de Barcelona se diagnosticaron 102 casos de sífilis infecciosa de los que 88 se dieron en HSH. De ellos, el 34% estaba coinfectado por el VIH⁶¹. En el estudio *cuídate.info*, el 11% refirió haber tenido una ITS durante los últimos doce meses anteriores al estudio, siendo la gonorrea y la sífilis las más prevalentes. Esta situación sugiere que, tanto porque cualquier HSH con una ITS ha podido estar expuesto a la infección por el VIH como por la asociación entre ITS y VIH, ambos problemas de salud deberían abordarse de forma conjunta.

Entre HSH, la infección por VHC se transmite por vía sexual, tanto entre los infectados por VIH como en los no infectados, y por compartir el material de inhalación para el consumo de drogas no inyectadas. Algunos estudios han mostrado que los principales factores de riesgo asociados a la transmisión del VHC en hombres gays sin antecedentes de uso inyectado de drogas son: un diagnóstico de VIH, mantener prácticas sexuales de alto riesgo sin protección y el uso de drogas recreativas, para las que en ocasiones se comparte el material de inhalación^{62,63}. Sería recomendable considerar la prueba del VHC para los HSH, independientemente de su estado serológico frente al VIH.

Hasta un 13,4% de los homosexuales viven mal o regular su homosexualidad, y hasta un 10,7% manifestó haber sido objeto de algún tipo de agresión⁶⁴. La homofobia es un grave obstáculo para la salud sexual de los HSH, y es importante abordarla en los programas de prevención y educación/sensibilización dirigidos a esta población, con objeto de mejorar la autoaceptación y el bienestar individual respecto a la orientación sexual, como forma de capacitar y entrenar en habilidades.

Entre los motivos para no hacerse la prueba destaca el miedo al estigma y a la discriminación

El acceso fácil a las herramientas preventivas debe alcanzar a aquellos lugares donde los HSH mantienen contactos sexuales, facilitando la dispensación gratuita de condones y lubricantes, en saunas y otros locales donde se practica sexo.

Por último, en relación con las campañas preventivas dirigidas a los HSH, es necesario diversificar y ampliar los medios de difusión a fin de alcanzar a los HSH más jóvenes y a los HSH que no frecuentan los lugares de ambiente gay, y elaborar materiales adaptados a las necesidades de los HSH más jóvenes, incluyendo el uso de internet y otras tecnologías para la difusión de la información y la prevención de la infección por VIH/ITS.

Además de las medidas para implementar la profilaxis post exposición no ocupacional (PPENO) en el medio sanitario, en aquellos casos en los que esté recomendada por el tipo de exposición al riesgo y la situación de excepcionalidad, los HSH deben contar con información para conocer sus indicaciones y condiciones de administración para facilitar su acceso a la misma.

La participación y el protagonismo del movimiento asociativo homosexual en las acciones contra la epidemia son de la mayor importancia. Fue la comunidad gay quien tomó la iniciativa en la prevención de la infección por VIH. Las intervenciones han de desarrollarse necesariamente de forma que se garantice un buen conocimiento del medio y de la población diana, así como contar con la credibilidad y la confianza de los interlocutores. Para ello, la educación entre iguales es la estrategia de elección, independientemente del apoyo de los planes autonómicos de sida y la coordinación con los sistemas de atención social y sanitaria.

Objetivos

- Diseñar estrategias, con la participación de los agentes sociales implicados, dirigidas a evitar la discriminación y estigmatización de los HSH con VIH.
- Fomentar la participación del colectivo HSH en las acciones de prevención del VIH/ITS.
- Intensificar las actividades de prevención dirigidas a reducir el número de ocasiones en las que se practica la penetración anal no protegida y el sexo oral con eyaculación entre HSH, con especial atención a los jóvenes menores de 25 años.
- Reforzar las actividades que favorezcan la adquisición de habilidades tanto para proponer y aceptar el uso del preservativo como para reducir los riesgos sexuales, adaptándolas culturalmente cuando sea apropiado.
- Diseñar estrategias dirigidas a reducir los riesgos en las prácticas sexuales como complemento de la promoción del uso del preservativo.
- Difundir e intercambiar entre administraciones y ONG experiencias y metodologías de intervención dirigidas a la prevención del VIH con atención especial a otras ITS en un contexto de salud sexual.
- Incrementar la utilización de Internet y otras tecnologías de la información para la difusión de información sobre VIH/ITS y su prevención, especialmente en los espacios dedicados a encuentros sexuales.
- Diversificar los canales de distribución de las campañas de prevención a fin de alcanzar a la diversidad de la población de HSH.
- Promocionar la profilaxis post exposición no ocupacional en HSH como medida de prevención secundaria del VIH, informando sobre los casos en que esté recomendada.
- Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por el VIH y las medidas para aumentar la percepción del riesgo individual.
- Diseñar estrategias dirigidas a reducir los riesgos asociados al consumo de drogas antes y durante las relaciones sexuales entre hombres.
- Desarrollar actividades de prevención del VIH/ITS en los locales de ambiente gay estableciendo alianzas con sus empresarios.

Referencias

- ⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística / Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003**. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.
- ⁵⁶ **Vigilancia epidemiológica del sida en España**. Registro Nacional de casos de sida. Situación a 31 de diciembre de 2006. Informe Semestral nº 2. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid, 2007.
- ⁵⁷ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA**. Actualización año 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ⁵⁸ **Indicadores del Plan Multisectorial 2001-2005. Infección por VIH y sida**. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.
- ⁵⁹ Martín-Pérez A, Menoyo C, Poveda A, Rodés A, Zaragoza K. **Informe Cuidate.info “El sexo que practicamos”**. Stop sida, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- ⁶⁰ Centre d'estudis epidemiològics sobre el VIH/SIDA de Catalunya (CEESCAT). **Sistema Integrat de Vigilancia Epidemiològica del SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES) 2005**. Document tècnic número 18. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2006.
- ⁶¹ Vall Mayans M, Casals M, Vives A, Loureiro E, Armengol P, Sanz B. **Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003**. *Med clin (Barc)* 2006;126(3):94-96.
- ⁶² Serpaggi J *et al*. **Sexually transmitted acute infection with a clustered genotype 4 hepatitis C virus in HIV-1-infected men and inefficacy of early antiviral therapy**. *AIDS* 2006;20(2):233-240.
- ⁶³ Ruf M, Giraudon I, Maguire H *et al*. **Evidence of increase in recently acquired hepatitis C in HIV-positive men who have sex with men across London, 2002-2006**. *HIV Medicine* 2007;8(S1):1-8.
- ⁶⁴ Stop sida- Coordinadora gai-lesbiana/ CEESCAT. **5º estudio de prevalencia y nivel de prevención de la infección por VIH en hombres que tienen sexo con hombres**. Stop sida. Barcelona, 2004.

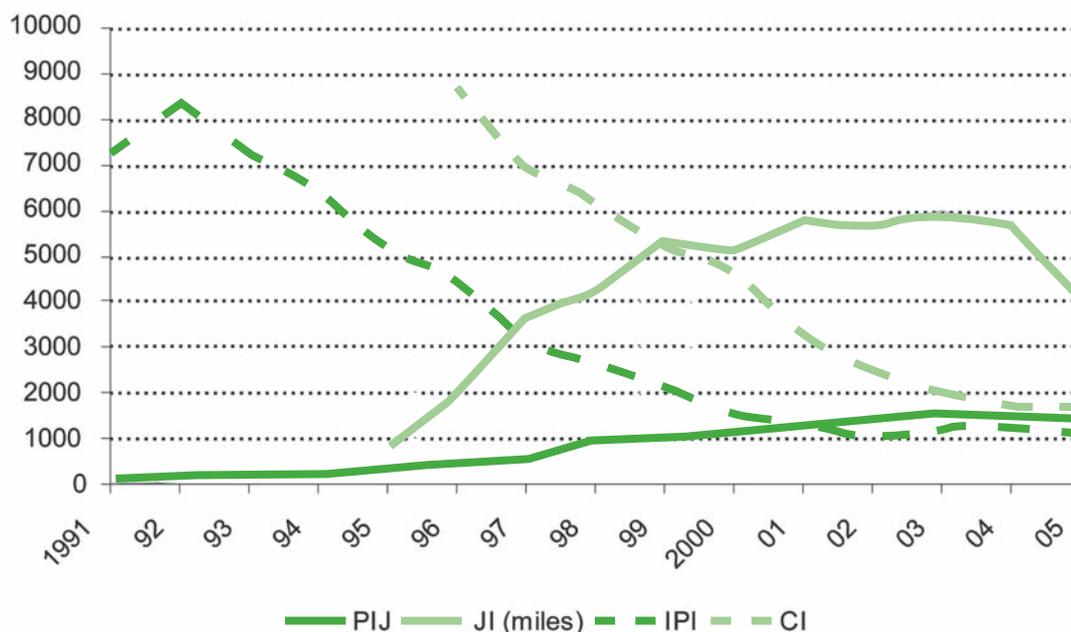
7. Personas que se inyectan drogas

La tercera década de la epidemia ha visto consolidarse en España una nueva situación epidemiológica en las personas que se inyectan drogas. La década de los ochenta contempló la traumática y abrupta difusión de la epidemia en esta población y una titubeante respuesta institucional. En los noventa se generalizaron los programas preventivos ligados a las políticas de reducción de daños, y esta tercera década está permitiendo ver el efecto de dichas intervenciones. Durante los primeros veinte años las personas que se inyectan drogas cargaron con casi todo el peso de la enfermedad, y este mayor número de infecciones fue responsable del enorme impacto diferencial de la epidemia en comparación con otros países de la UE. En la actualidad, sin embargo, el número de infecciones en esta población ha disminuido radicalmente, pasando a constituir menos de una de cada cinco nuevas infecciones diagnosticadas⁶⁵. El control de la epidemia en esta población constituye el principal determinante de la disminución de la incidencia de nuevas infecciones diagnosticadas en el conjunto de la población.

Disminuye el número de inyectores que se infecta

El número de usuarios de drogas inyectadas que se infecta ha disminuido en primer lugar porque el propio número de los que se inyectan es seguramente menor y porque muchos de ellos lo hacen de forma más esporádica. El consumo de sustancias adictivas y sus patrones de administración suelen evolucionar de forma similar a las epidemias infecciosas, aunque condicionado por factores muy distintos, de naturaleza cultural y social: difusión brusca inicial, agotamiento de la población susceptible y sustitución por otras innovaciones que diferencian a las nuevas generaciones o a subgrupos poblacionales. El consumo inyectado fue sustituido progresivamente por el consumo pulmonar en los nuevos consumidores y, además, los antiguos optaron también por esta vía. La inyección es ya minoritaria, aunque sigue teniendo una presencia relevante en algunas zonas, como el área metropolitana de Barcelona, la isla de Mallorca, Madrid, Murcia y algunas comunidades autónomas del norte de España. El número de nuevos consumidores de heroína se ha reducido mucho, mientras crece de forma constante el de nuevos consumidores de cocaína⁶⁶. Sin embargo, entre estos últimos el uso de la inyección es muy reducido y la mayoría de los que la usan son antiguos inyectores de heroína que ahora consumen fundamentalmente cocaína. Entre los consumidores de cocaína que no se inyectan, pese a la existencia de un alto nivel de prácticas sexuales de riesgo, la prevalencia de infección por VIH es prácticamente similar a la población general⁶⁷. En el caso de estos consumidores por vía nasal existe transmisión del VHC debido al uso compartido de tubos para inhalar. Por otra parte, un gran número de los que se inyectaban heroína está en tratamiento con metadona, por lo que no se inyecta o ha reducido significativamente la frecuencia.

Figura 9. Puntos de intercambio de jeringas (PIJ), jeringas intercambiadas (JI), admitidos a tratamiento cuya vía principal de administración actual es la inyección (IPI), y admitidos a tratamiento por primera vez por heroína o cocaína que se han inyectado alguna vez en la vida (CI). España, 1991-2005.



Modificado de Bravo MJ, Royela L, Barrio G et al. *Soc Sci & Med* 2007 (actualizado).

La información procedente de la Encuesta domiciliar sobre el abuso de drogas en España (EDADES) y de la Encuesta escolar sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) muestra que la prevalencia de consumo de heroína en los últimos 12 meses en la población española de 15-64 años ha disminuido desde un 0,5% en 1995 hasta un 0,1% en 2005. En población escolar (14-18 años), la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses se ha mantenido en torno al 0,4% desde el año 1994 hasta 2004. Los datos del indicador de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas del Observatorio Español sobre Drogas (OED) muestran que la prevalencia de infección entre los consumidores de drogas que se habían inyectado en los 12 meses anteriores a la admisión a tratamiento ha disminuido moderadamente, desde el 37,1% de 1996 hasta un 29,3% en 2004. Este descenso afectó tanto a hombres como a mujeres, y fue algo menos pronunciado entre los mayores de 34 años. En 2005 parece cambiar esta tendencia, siendo la prevalencia de infección por VIH en inyectores en el último año del 32,7%. En toda la serie la prevalencia en mujeres es más elevada que en hombres. La proporción de inyectores recientes admitidos a tratamiento en los que se desconocía el estado sexológico frente al VIH fue del 27,5% en 2004.

En segundo lugar, se ha producido una constante disminución en el porcentaje de los que se inyectan que utiliza jeringuillas ya empleadas por otras personas, así como del número de personas con las que se comparte, restringiendo este hábito a personas muy próximas en la red social del usuario, principalmente la pareja sexual^{68,69}. Sin embargo, el

beneficio de compartir sólo con la pareja podría no ser tan importante, debido a la gran velocidad con que los consumidores cambian de pareja sexual o red de próximos⁷⁰. En cuanto a la práctica de inyectarse drogas disueltas en jeringas ya usadas por otras personas, está más extendida que el empleo de la misma jeringuilla para inyectarse^{71,72}.

Papel de las políticas de reducción de daños

El control de la epidemia en UDI constituye el principal determinante de la disminución de la incidencia de nuevas infecciones

La dinámica temporal y geográfica de los cambios en la vía de administración de la heroína no permite atribuirlos directamente a las políticas de reducción de daños (tratamientos de mantenimiento con metadona, programas de intercambio de jeringuillas, programas de acercamiento, salas de inyección segura, etc), aunque muy probablemente hayan actuado como catalizadores de la velocidad y generalización de los mismos⁷³ (Figura 9). De

hecho, la eficacia de estas políticas para disminuir las prácticas de riesgo, prevenir la infección y reducir otros riesgos asociados al consumo ha quedado constatada en diferentes estudios en distintas partes del mundo⁷⁴ y también se ha comprobado su impacto en España^{75,76}. Su generalización no ha causado efectos secundarios negativos: con los programas de intercambio de jeringuillas no se ha incrementado el número de personas que se inyectan, sino que ha disminuido⁷⁷, y es menos frecuente encontrar jeringuillas usadas en los lugares públicos porque los consumidores las llevan a los programas de intercambio.

La altísima incidencia que sufrieron los usuarios de drogas y la disminución de la mortalidad con los tratamientos antirretrovirales han conducido a que hoy más de la mitad de los españoles con VIH, y por lo tanto potenciales transmisores, sean personas que se inyectan o inyectaron drogas. Sabemos también que los comportamientos sexuales de los inyectores han evolucionado menos favorablemente y, en especial con la pareja estable, parecen más difíciles de cambiar. Diversos estudios indican que menos de la mitad de las personas que se inyectan usa el preservativo sistemáticamente en sus relaciones con la pareja estable⁷⁸. Los datos sobre las nuevas infecciones han permitido comprobar que, al contrario de lo que parecía deducirse con el análisis de los casos de sida, el porcentaje de infectados que son diagnosticados con retraso es casi similar a los infectados por relaciones sexuales^{79,80}. Es muy probable que estos infectados hayan transmitido la infección a un mayor número de personas que si hubieran conocido su infección más precozmente. Por estas razones podemos pensar que las relaciones heterosexuales no protegidas de las personas que se inyectan o se inyectaron drogas y que son VIH positivas están teniendo un impacto relevante sobre las nuevas infecciones, en las que la vía heterosexual es la preponderante.

Viejos sonos, nuevos ritmos: carencias y retos

Los estudios longitudinales existentes en España^{81,82} indican que las tasas de seroconversión entre inyectores son hoy más altas de lo que cabría esperar del bajo número de nuevas infecciones recogidas en los sistemas poblacionales. Sin descartar limitaciones en la cobertura y notificación de éstos últimos, la explicación más probable es que los estudios de seguimiento captan selectivamente consumidores de mayor riesgo. Podrían ser los que

no obtienen los beneficios esperados en los tratamientos con metadona y los han abandonado, o siguen en ellos, pero inyectándose, sobre todo cocaína con alta frecuencia, o consumidores socialmente más desestructurados o con más comorbilidad psiquiátrica. Sin embargo, por razones de tamaño muestral o de carencia de información no se han definido las características de los grupos de mayor riesgo entre los inyectores, en los que deben reforzarse las actividades preventivas, o para los que hay que poner en marcha otro tipo de intervenciones poco desarrolladas hasta ahora, como el mantenimiento con heroína o salas de inyección segura más accesibles.

Las intervenciones destinadas a reducir la transmisión del VIH deben diseñarse con un enfoque integral de salud pública, incluyendo, además de la distribución de material de inyección estéril, la información y la educación para reducir los riesgos, el consejo y la prueba del VIH y de las hepatitis, la distribución de condones y la prevención, seguimiento y tratamiento de las coinfecciones y de la comorbilidad asociadas⁸³. Según algunos estudios⁸⁴, parece que podría estar produciéndose en España un aumento de la transmisión del VHC por vía sexual asociado al uso de drogas no inyectadas semejante al de otros países^{85,86}, por lo que debe investigarse esta tendencia.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que, en determinadas situaciones de vulnerabilidad, los programas de prevención de la transmisión sexual en usuarios de drogas y sus parejas deben abordar específicamente las desigualdades de género, sociales y económicas, que ponen al miembro de la pareja sin VIH en situación de riesgo de adquirir la infección⁸⁷.

El 20,3% de los usuarios de drogas admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en el año 2002 que ya habían recibido tratamiento previamente por este motivo, no conocía su estado serológico frente al VIH⁶⁶. Por otra parte, el 40,9% de los hombres y el 28,9% de las mujeres diagnosticados de infección por VIH en el período 2003-2005 cuya categoría de transmisión fue la de usuarios de drogas por vía parenteral presentaba ya inmunosupresión severa (<200 CD4)⁶⁵. Los centros de atención a drogodependientes son uno de los entornos en los que se deben desarrollar medidas para reducir la fracción sin diagnosticar de la epidemia, ampliando la cobertura de la prueba sin vulnerar el derecho a la voluntariedad y a la confidencialidad.

Inyección limpia y sexo más seguro

El acceso fácil a material de inyección estéril presenta diferencias geográficas importantes. Mientras en unas ciudades la mayoría de los que se inyectan se provee directamente, en otras compran a consumidores o traficantes que a su vez las han obtenido de programas de intercambio. Estos ‘intercambiadores satélites’ mejoran el acceso en los horarios en que los programas no están disponibles, y no deben combatirse mediante la restricción en el número de jeringuillas que se permite intercambiar, aunque este sistema no brinde las mismas ventajas del aprovisionamiento directo desde los servicios sanitarios. Sin embargo, el reducido número de personas que se inyectan habitualmente existentes en muchas zonas está cuestionando la eficiencia de los grandes programas de intercambio (móviles o fijos) que se llevaban a cabo en lugares de encuentro, compra o consumo, como los denominados ‘supermercados de la droga’, que por otra parte están también desapareciendo. Por eso deben adaptarse las estrategias de provisión de material de inyección estéril al tipo de escenario de

consumo, teniendo en cuenta cuando sea pertinente el número decreciente de usuarios, que en muchos casos se inyecta esporádicamente y que se encuentra geográficamente disperso.

La estrategia debe pasar por integrar la distribución del material de inyección como una actividad normalizada de todos los centros sanitarios, en particular aquéllos que atienden a usuarios de drogas, por generalizar el acceso a través de la red de oficinas de farmacias que tan bien ha funcionado en algunas comunidades autónomas con la colaboración del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, y por plantearse nuevamente el empleo de las máquinas de intercambio que, aunque no ofrecen la intervención personal, pueden facilitar el acceso al material estéril todos los días a cualquier hora y un mayor anonimato. Esta opción casi no existe en España, pero debería replantearse en el contexto actual, estudiando lugares estratégicos y aprovechando la experiencia de que disponen otros países.

Teniendo en cuenta la importancia actual de la transmisión sexual de los que se inyectan a sus parejas, deben intensificarse las actividades de prevención para las personas con VIH, y desarrollar programas específicos para parejas serodiscordantes, independientemente de que uno de los miembros de la pareja se inyecte drogas o no. El desarrollo de actividades puntuales es insuficiente. Los programas de tratamiento con sustitutivos constituyen un marco privilegiado de acceso y contacto continuado, y garantizan condiciones inmejorables para el desarrollo de estos programas. Podrían ayudar también a reducir el retraso en el diagnóstico del VHC y del VIH, retraso que resulta inaceptable en personas en tratamiento por consumo de sustancias o que son pareja sexual de un consumidor en tratamiento. Igualmente, los programas de tratamiento con opiáceos, como cualquier otro servicio de atención a las drogodependencias, deberían ser el marco donde poder proporcionar información sobre el potencial de los tratamientos y los riesgos a largo plazo y, en su caso, derivar, así como llevar a cabo tratamientos antivirales (VIH y VHC) directamente observados o al menos actividades de colaboración en el seguimiento de la toma de dicha medicación, con lo que se mejoraría la adherencia, pues los inyectores son la población que menor beneficio obtiene de los tratamientos antirretrovirales^{88,89}, a pesar de que el uso actual o pasado de drogas no parece estar asociado a cambios tempranos o interrupciones del tratamiento⁹⁰. Del mismo modo no es aceptable el bajo porcentaje de consumidores vacunados contra la hepatitis B, cuando se pueden emplear pautas rápidas de vacunación y se dan muchas oportunidades para completar la vacunación.

La participación de los propios afectados en el diseño, desarrollo y evaluación de los programas ha sido durante estos años uno de los objetivos de las políticas de intervención, aunque los resultados han sido más modestos que en el caso de otras subpoblaciones afectadas. Se debe reforzar esta línea de trabajo que permitirá mayor eficacia y adecuación de los programas.

La existencia de personas que se inyectan provenientes de países del Este, especialmente en el litoral mediterráneo, requiere diseñar políticas adaptadas a las necesidades específicas de estas personas, reticentes en muchos casos a acudir a los servicios normalizados.

Aunque no parece probable a corto plazo, deben vigilarse los patrones de administración de sustancias por vía no parenteral, en especial heroína, cocaína y anfetaminas, por si se produjeran transiciones a la inyección. Teniendo en cuenta la alta prevalencia entre los inyectores antiguos podría dar lugar a un resurgimiento brusco de la infección, complicada de controlar cuando las prevalencias dejan de ser bajas.

Todas estas acciones deben desarrollarse necesariamente en coordinación con los sistemas de atención sanitaria, las comunidades autónomas y el Plan Nacional sobre Drogas que, como responsable del tratamiento de las drogodependencias, lo es también de una parte importante de la prevención de la infección por VIH.

Objetivos

- Diseñar estrategias que eviten la discriminación y estigmatización de las personas con VIH que se inyectan drogas y que les impliquen en las acciones de prevención.
- Asegurar el acceso a material de inyección estéril para las personas que se inyectan drogas mediante la distribución normalizada en los centros sanitarios, penitenciarios, red de oficinas de farmacia y programas de intercambio, realizando una adaptación de éstos a la existencia de un número menor de inyectores y a un uso más esporádico de la inyección, para garantizar así su continuidad y eficiencia.
- Desarrollar programas orientados a grupos de especial riesgo de infección o de difícil acceso, como los que se inyectan cocaína, inmigrantes de países del Este, etc., intensificando la participación de asociaciones de usuarios y promoviendo la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias de acercamiento (servicios de acogida que cubran necesidades básicas, salas de inyección segura, prescripción controlada de heroína, etc.), sensibilizando a la opinión pública cuando sea necesario para su implantación normalizada.
- Desarrollar programas específicos de prevención de la transmisión sexual en usuarios de drogas infectados por el VIH, y de prevención de la transmisión sexual y diagnóstico precoz del VIH para usuarios de drogas y parejas serodiscordantes, teniendo en cuenta la perspectiva de género en estos últimos y aprovechando las posibilidades que ofrecen los programas de mantenimiento con agonistas opioides.
- Desarrollar intervenciones que tengan en cuenta los condicionantes de género en la especial vulnerabilidad de las mujeres que se inyectan drogas y sus necesidades específicas en cuanto a la prevención de la transmisión del VIH.
- Integrar la vacunación de hepatitis B, el diagnóstico y seguimiento de la tuberculosis e ITS, el apoyo a la adherencia al tratamiento antiviral del VIH y la hepatitis C en la oferta de los centros y servicios de atención a drogodependientes, sobre todo en los programas de mantenimiento con agonistas opioides.
- Disponer de sistemas de vigilancia epidemiológica que puedan detectar posibles transiciones hacia la inyección de consumidores por vías no parenterales de heroína, anfetaminas y especialmente cocaína.

Referencias

- ⁶⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia epidemiológica del VIH. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA.** Actualización año 2006. Madrid, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. <http://www.isciii.cne.es>
- ⁶⁶ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **Observatorio Español sobre Drogas, Informe 2004.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005.
- ⁶⁷ Brugal T, Toro C, Jiménez V *et al.* **Prevalencia de inyección e infección por VIH y VHC entre jóvenes consumidores de cocaína que no consumen heroína.** *Gac Sanit (Spec Congr)* 2006;20:130.
- ⁶⁸ Centro de estudios epidemiológicos sobre el VIH/sida de Cataluña (CEESCAT). SIVES 2004. **Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica de VIH/ITS en Cataluña (SIVES):** Informe anual. Barcelona, 2005.
- ⁶⁹ De la Fuente L, Bravo MJ, Toro C *et al.* **Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes.** *J Epidemiol Community Health* 2006;60:537-542.

- ⁷⁰ Valente TW, Vlahov D. **Selective risk taking among needle exchange participants: implications for supplemental interventions.** *Am J Public Health* 2001;91:406-411.
- ⁷¹ Bravo MJ, Royuela L, Barrio G *et al.* **Prevalencia de prácticas indirectas de compartir material para inyectarse drogas en Galicia, Madrid, Sevilla y Valencia** [Prevalence of indirect sharing of drug-injecting paraphernalia in Galicia, Madrid, Seville and Valencia [Spain]]. *Gac Sanit* 2004;18:472-478.
- ⁷² Folch C, Merono M, Casabona J. **Factores asociados a la práctica de compartir jeringuillas usadas entre usuarios de droga por vía parenteral reclutados en la calle** [Factors associated with sharing syringes among street-recruited injecting drug users]. *Med Clin (Barc)* 2006;127:526-532.
- ⁷³ Barrio G, de la Fuente L, Bravo MJ *et al.* **Influence of the AIDS epidemic and of its control policies on the substitution of injecting by chasing as main route of heroin administration in Spain.** XIV International AIDS Conference. Barcelona 2002.
- ⁷⁴ Institute of Medicine. Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries. **Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence.** Washington: National Academies Press 2007.
- ⁷⁵ De la Fuente L, Bravo MJ, Toro C *et al.* **Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes.** *J Epidemiol Community Health* 2006;60:537-542.
- ⁷⁶ Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R *et al.* **Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain.** *Addiction* 2005;100:981-989.
- ⁷⁷ Bravo MJ, Royuela L, Barrio G *et al.* **More free syringes, fewer drug injectors: the case of Spain.** *Social Science & Medicine.* 2007 (en prensa).
- ⁷⁸ Silva TC, Lozano O, Lacasa D *et al.* **Diferencias de género en el comportamiento sexual de los jóvenes inyectores de Barcelona, Madrid y Sevilla (Proyecto ITÍNERE).** VIII Congreso Nacional sobre el Sida. Madrid, Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida (SESIDA). 2004.
- ⁷⁹ Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, *et al.* **Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004).** *Gac Sanit* 2006;20:442-448.
- ⁸⁰ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia epidemiológica del VIH. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA.** Actualización año 2006. Madrid, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- ⁸¹ Vallejo F, Toro C, Brugal T *et al.* **Muy alta incidencia de VIH y VHC en jóvenes consumidores de heroína.** *Gac Sanit (Espec Congr)* 2006;20:130.
- ⁸² Sobrino P, Castilla J, Grupo EPIVIH. **Incidencia de seroconversiones al VIH en una cohorte de personas a riesgo, 2000-2003.** *Gac Sanit* 2005;19:44.
- ⁸³ Ball AL. **HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response.** *Addiction* 2007;102:684-690.
- ⁸⁴ Del Romero Guerrero J. **Epidemiología de las infecciones de transmisión sexual.** XII Congreso de la SEIMC, abstract MR6CF1, Valencia 2006.
- ⁸⁵ Serpaggi J *et al.* **Sexually transmitted acute infection with a clustered genotype 4 hepatitis C virus in HIV-1-infected men and inefficacy of early antiviral therapy.** *AIDS* 2006;20(2):233-240.
- ⁸⁶ Ruf M, Giraudon I, Maguire H *et al.* **Evidence of increase in recently acquired hepatitis C in HIV-positive men who have sex with men across London, 2002-2006.** *HIV Medicine* 2007;8(S1):1-8.
- ⁸⁷ El-Bassel N, Fontdevila J, Gilbert L *et al.* **HIV risks in men in methadone maintenance programs who abuse their intimate partners: a forgotten issue.** *J Subst Abuse* 2001;13:29-43.
- ⁸⁸ Borrell C, Mari-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M *et al.* **Socioeconomic position and excess mortality during the heat wave of 2003 in Barcelona.** *Eur J Epidemiol* 2006;21:633-640.
- ⁸⁹ Mari-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, García-Olalla P *et al.* **Individual and community-level effects in the socioeconomic inequalities of AIDS-related mortality in an urban area of southern Europe.** *J Epidemiol Community Health* 2007;61:232-240.
- ⁹⁰ Morris JD, Golub ET, Shruti H *et al.* **Injection drug use and patterns of highly active antiretroviral therapy use: an analysis of ALIVE, WIHS, and MACS cohorts.** *AIDS Research and Therapy* 2007; 4:12.

8. Personas que ejercen la prostitución y clientes de la prostitución

Los efectos de la estigmatización y la invisibilidad

En el ejercicio de la prostitución son muchos los factores relacionados con la infección por el VIH. Entre ellos cabe destacar el número diario de clientes, la frecuencia de relaciones sexuales, el tipo de prácticas sexuales, la frecuencia de uso del preservativo o la historia de ITS, pero también el estigma y la invisibilidad son factores esenciales. La mayor vulnerabilidad frente al VIH en ocasiones se debe a la privación de derechos humanos fundamentales, que favorece condiciones de insalubridad, indefensión, violencia, precariedad económica y social, estigma, marginalidad y exclusión social⁹¹. Además, la vulnerabilidad al VIH puede verse incrementada por aspectos como la falta de acceso a los servicios de salud, sociales y jurídicos, la carencia de información, aptitudes, poder o espacios seguros para negociar el uso del preservativo, las limitaciones en el acceso a las medidas preventivas o factores asociados al estilo de vida como el consumo de drogas y la movilidad^{92, 93}. La marginalidad y la exclusión limitan la posibilidad de incidir socialmente en la calidad de vida, limitando también la capacidad del colectivo para establecer las condiciones de trabajo. Como en cualquier relación sexual entre adultos, en el sexo comercial existe también una responsabilidad compartida entre dos personas que establecen un acuerdo en un determinado contexto, pero hay que tener en cuenta la desigual relación entre la persona que ejerce la prostitución y su cliente en cuanto a la percepción social del trabajo sexual y en la forma de entender la vulnerabilidad. Toda esta complejidad debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar las intervenciones dirigidas a este colectivo, al igual que la heterogeneidad que caracteriza sus prácticas, modos de ejercer la prostitución o procedencia social y cultural.

El fenómeno de la prostitución ha cambiado en los últimos años, caracterizándose por un aumento de las personas inmigrantes, una disminución de la edad y una menor presencia del consumo inyectado de drogas. Las personas que ejercen la prostitución (PEP) de origen español son minoritarias, observándose una mayoría de mujeres procedentes de Latinoamérica y África subsahariana. Existe también una ‘migración sexual’ en busca de una mayor apertura social que se da fundamentalmente en mujeres transexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) provenientes de Latinoamérica, el Magreb y Europa del Este. Ello determina que al plantear cualquier tipo de intervención en prevención del VIH sea importante conocer la sexualidad de estas personas en función de sus valores, creencias y la cultura de sus países de origen.

También los valores y creencias de la sociedad de destino pueden tener una gran implicación en la vulnerabilidad frente al VIH de las personas inmigrantes, más allá de las construcciones culturales del concepto de salud. La sociedad de acogida debe asumir su co-responsabilidad en la vulnerabilidad teniendo en cuenta la estructura socioeconómica y el espacio que en ella ocupan las personas inmigrantes, y abordar los programas preventivos desde este marco.

Baja prevalencia, muchos clientes

La marginalidad limita la capacidad del colectivo para establecer las condiciones de trabajo y negociar el uso de condón

En España, la prevalencia del VIH en mujeres que ejercen la prostitución no supera el 1% siempre que no hayan consumido drogas por vía parenteral o su pareja no esté infectada por el VIH. En cambio, los escasos estudios disponibles en transexuales y en hombres muestran una elevada prevalencia de VIH, superando el 10%⁹⁴. Concretamente, un estudio realizado en 20

centros de ETS y prevención del VIH encontró que de las personas que se realizaron la prueba del VIH, el 0,87% era hombres trabajadores sexuales y, entre estos, la prevalencia de VIH observada fue del 12,2%, ascendiendo al 16,9% entre los que se realizaban la prueba por primera vez⁹⁵. Igualmente suele ser elevada la prevalencia de ITS.

Las mujeres que ejercen la prostitución usan el preservativo con los clientes de forma generalizada. Por el contrario, no suelen utilizarlo en las relaciones sexuales que mantienen en su vida privada. En el caso de transexuales y hombres, los porcentajes de uso del preservativo son considerablemente menores tanto con clientes como en sus relaciones personales^{96, 97, 98, 99}. Por ello es necesario diversificar las intervenciones en relación al sexo/género. La mayoría de las PEP son mujeres, y habrá que llevar a cabo intervenciones adaptadas a las necesidades y valores específicos de las mujeres. En el caso de los hombres, la intervención debe orientarse más hacia la concienciación en torno a la importancia de las prácticas seguras y el riesgo de las distintas prácticas, y en las mujeres transexuales es necesario además potenciar la investigación sobre sus prácticas de riesgo.

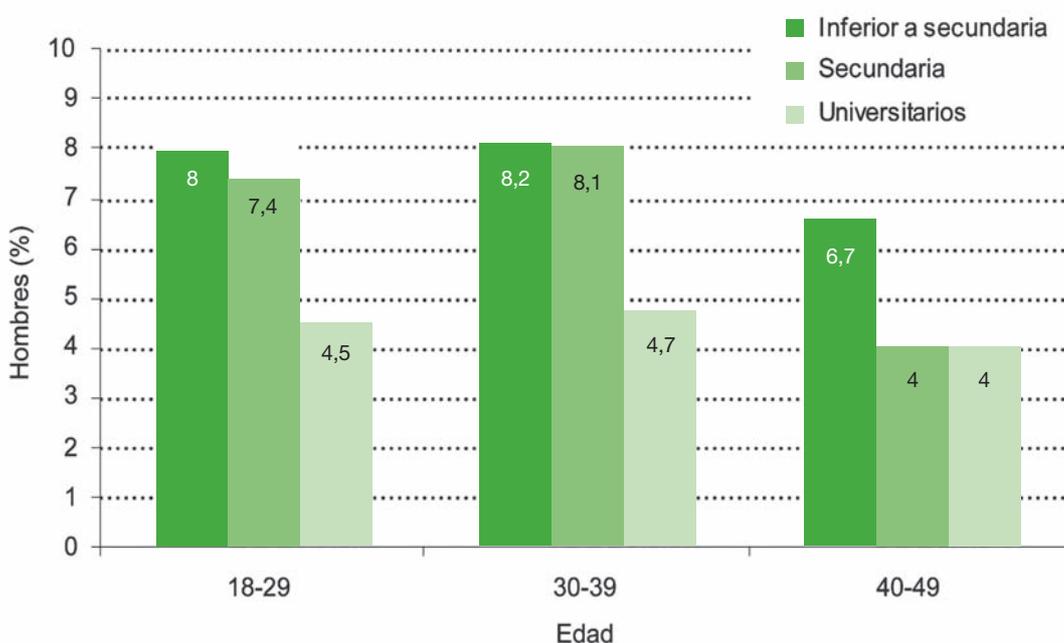
Los servicios de sexo comercial están muy extendidos en España. El 6,7% de los hombres declara haber tenido relaciones comerciales en el último año, y parece estar incrementándose¹⁰⁰, aunque el 87,6% usó preservativo la última vez que tuvo relaciones sexuales con una PEP (Figura 10). En un estudio realizado en HSH se encontró que el 8,4% de los participantes pagaba por mantener relaciones sexuales con otros hombres. De ellos, el 13,6% se declaró VIH positivo y el 56,7% refirió que en los últimos 12 meses había practicado la penetración anal sin condón en alguna ocasión¹⁰¹. Es necesario prestar la atención y los esfuerzos suficientes a los usuarios de la prostitución para que mantengan actitudes preventivas frente al VIH y otras ITS.

Los pies sobre el terreno

Son muchos los elementos a tener en cuenta a la hora de iniciar un programa de prevención del VIH/ITS dirigido a PEP y entre ellos destacan el tener un buen conocimiento de la realidad sobre la que se va a intervenir, la existencia de servicios sanitarios, sociales, psicológicos o legales donde derivar a las PEP que lo necesiten, la necesidad de promover un enfoque global de salud y bienestar en el trabajo y la implicación de todos los agentes interesados. Las principales intervenciones preventivas cuya eficacia ha sido demostrada para reducir el riesgo sexual del VIH/ITS son el acceso al material preventivo (preservativos masculinos y femeninos, lubricantes), la formación para adquirir las habilidades necesarias para negociar el uso del condón, incluyendo medidas para reforzar la igualdad necesaria que hagan viable esta negociación, el trabajo de los agentes de salud en la calle,

la educación entre pares, la mediación cultural, las asociaciones de autoayuda, la información para un trabajo de calle más seguro o las guías para la salud laboral y la seguridad en el trabajo en locales donde se ejerce la prostitución¹⁰². Dentro de las estrategias de prevención del VIH en PEP adquiere especial importancia el trabajo de acercamiento comunitario o el trabajo de calle, ya que favorece el conocimiento de los lugares y condiciones de trabajo, facilita el acceso al material preventivo, mitiga el aislamiento en el que se encuentran muchas de las PEP y ofrece la posibilidad de acercarse a un colectivo de alta movilidad y poca visibilidad.

Figura 10. Hombres de 18 a 49 años que han tenido relaciones sexuales comerciales en el último año según edad y nivel de estudios. España, 2003.



Fuente: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. INE/SPNS

Objetivos

- Desarrollar intervenciones dirigidas a PEP que reduzcan los riesgos sexuales frente al VIH y otras ITS, comerciales y personales, y que favorezcan el autocuidado de la salud sexual.
- Diseñar las estrategias de prevención de forma que se prevenga y evite la discriminación y la estigmatización de las PEP.
- Desarrollar intervenciones que tengan en cuenta los condicionantes de género que determinan que las mujeres que ejercen la prostitución tengan relaciones sexuales de riesgo, en particular con sus parejas afectivas.
- Promover la participación y la implicación de las PEP en el diseño, la ejecución y la evaluación de programas de prevención del VIH/ITS.

- Diversificar las intervenciones preventivas según las características de los espacios dónde se contacta o se ejerce la prostitución (calle, piso, sauna, club, internet, etc.) y de las particularidades de las personas que se encuentran en ellos.
- Reforzar las actividades que favorezcan el acceso de las PEP a los servicios normalizados de salud.
- Favorecer la formación y la captación de personas que actúen como educadores de pares y la creación de figuras de mediación intercultural y su incorporación a programas y servicios a fin de minimizar las barreras culturales.
- Potenciar el desarrollo de estudios que permitan conocer las prácticas sexuales, las conductas preventivas frente al VIH, la realidad y las necesidades de las PEP y de los clientes.
- Incentivar el desarrollo de campañas dirigidas a la práctica de un sexo más seguro, principalmente en lo que se refiere a la concienciación del cliente.
- Involucrar a los dueños de los locales donde se ejerce la prostitución en las intervenciones preventivas y en la mejora de la salud sexual de las PEP.
- Favorecer el desarrollo de redes que permitan intercambiar de experiencias, mejorar las actividades de las ONG que trabajan con PEP y detectar nuevas prioridades en relación al VIH/ITS.

Referencias

⁹¹ Lecuona A. **Situación actual de las trabajadoras de sexo.** *X Congreso Nacional sobre el SIDA.* San Sebastián, 2007.

⁹² Belda J, Belza MJ, Estévez A, Fernández Oruña C, Fernández MA, González A, Mansilla R, Menoyo C, Rodés A, Rodríguez MA, Rouch M, Suárez M, Valle R, Zaragoza K. **Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas.** Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.

⁹³ Benjumea F, García I, Menoyo C, Novoa V, Sancho R, Villegas L. **Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en hombres que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas.** Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

⁹⁴ **Indicadores del Plan Multisectorial 2001-2005. Infección por VIH y sida.** Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.

⁹⁵ Grupo de trabajo de EPI-VIH. **Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico del VIH, 2000-2002.** Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁹⁶ Belda J, Belza MJ, Estévez A, Fernández Oruña C, Fernández MA, González A, Mansilla R, Menoyo C, Rodés A, Rodríguez MA, Rouch M, Suárez M, Valle R, Zaragoza K. **Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas.** Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.

⁹⁷ Benjumea F, García I, Menoyo C, Novoa V, Sancho R, Villegas L. **Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en hombres que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas.** Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

⁹⁸ Grupo de trabajo de EPI-VIH. **Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico del VIH, 2000-2002.** Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁹⁹ Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, Jerez N, Rodríguez C, Sánchez F, del Romero J. **Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid.** *Gac Sanit* 2004;18(3):177-83.

¹⁰⁰ Instituto Nacional de Estadística / Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003.** Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.

¹⁰¹ Martín-Pérez A, Menoyo C, Poveda A, Rodés A, Zaragoza K. **Informe Cuidate.info "El sexo que practicamos".** Stop sida, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

¹⁰² Rekart ML. **Sex-work harm reduction.** *Lancet* 2005;366:2123-34.

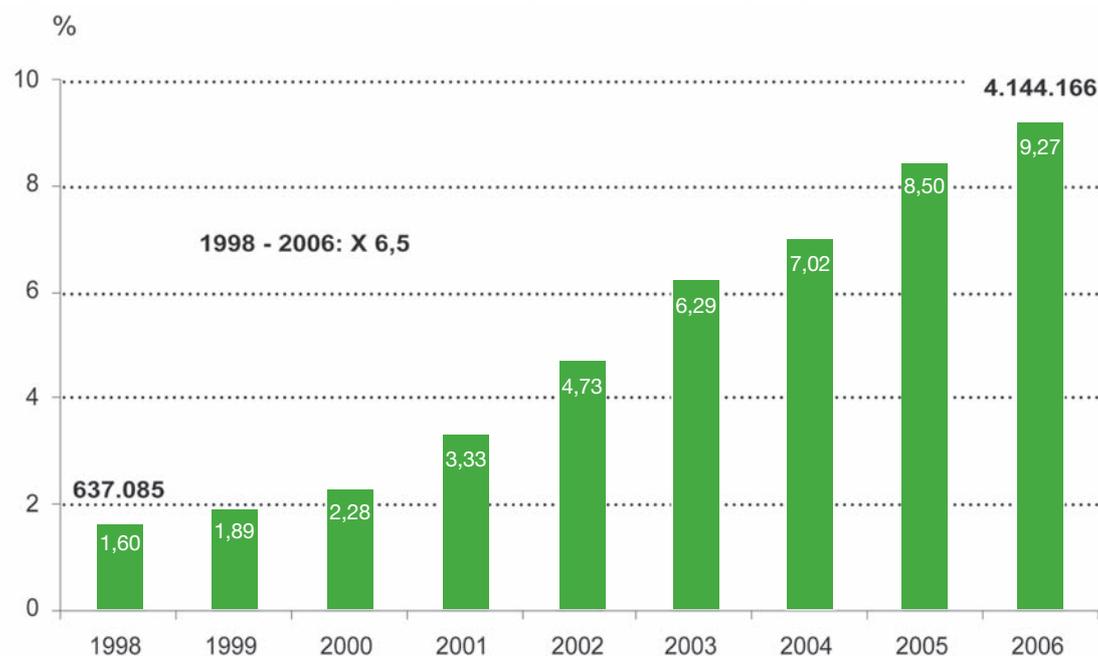
9. Inmigrantes

La inmigración en España ha pasado de ser un fenómeno temporal a convertirse en un fenómeno continuo que consolida a nuestro país como destino de muchos inmigrantes¹⁰³. Las personas inmigrantes son ya parte de la sociedad española (Figura 11). España necesita de la inmigración y ello nos plantea oportunidades y desafíos. Entre estos retos, además de adaptarnos a esta nueva realidad, está el de facilitar que los inmigrantes protejan y mejoren su salud, y en este marco se incluye la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH. Para ello es necesario tener en cuenta la situación de la población inmigrante desde una perspectiva integral, es decir considerando los valores sociales y culturales que pueden incidir en su salud.

La prevención del VIH en la población inmigrante no tiene que ser diferente a la aplicada en la población autóctona; eso sí, deberá adecuarse a su cultura. Este enfoque no debe centrarse en las diferencias únicamente, sino también en las semejanzas. La diversidad cultural debe tener en cuenta la existencia de discriminación de 'lo diferente' y las consecuencias del escaso poder de las comunidades de inmigrantes¹⁰⁴. Los inmigrantes deben implicarse en el diseño y la ejecución de las intervenciones. Esta aportación de la comunidad asegurará la pertinencia de las intervenciones y ayudará a encontrar medios para vencer los obstáculos en la prevención del VIH¹⁰⁵.

Las primeras preocupaciones de las personas que emigran suelen ser encontrar un sitio donde vivir y un trabajo. Sin embargo, independientemente de sus situaciones de vida, sus valores o sus creencias, en todas ellas está presente la necesidad de conservar la salud.

Figura 11. Evolución de los extranjeros sobre población total. España, 1998-2006.



Fuente: Padrón municipal. INE 2006 (datos marzo 2007)

Iguales, diferentes y más vulnerables

La población proveniente de otros países es parte de la población general, si bien las dificultades asociadas a las barreras idiomáticas, las distintas concepciones de la salud y de la enfermedad o el desconocimiento de los recursos sanitarios de nuestro país y la forma de acceder a ellos le pueden hacer especialmente vulnerable al VIH¹⁰⁵. La salud y la enfermedad no se distribuyen equitativamente, y la infección por VIH tiene un impacto negativo desproporcionado en los grupos de población más desfavorecidos socialmente. Este hecho debe reflejarse en las intervenciones.

Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas cuyo país de origen no era España estuvo por debajo del 3%. Sin embargo, a partir de 1998 esta cifra subió progresivamente hasta alcanzar el 18,8% en 2006¹⁰⁶.

En las 8 comunidades autónomas que notifican los diagnósticos de infección por VIH¹⁰⁷, que representan el 32% de la población, durante el período 2003-2005 se observa un aumento del porcentaje de los nuevos diagnósticos de VIH en personas originarias de otros países, pasando de un 28,4% en 2003 a un 36,7% en 2005. Sin embargo, este aumento porcentual no se acompaña de un incremento importante en el número de casos, que hasta el momento se mantiene estable. De los 1025 diagnósticos producidos en personas extranjeras en el período 2003-2005, el 38,1% correspondió a personas procedentes de Latinoamérica y el 36,6% a personas procedentes de África subsahariana. En el análisis de los nuevos diagnósticos de VIH según la zona geográfica de origen y la categoría de transmisión se observa que el 34,7% de las personas procedentes de Europa oriental se infectó a través del uso de drogas por vía parenteral. El 43% de los procedentes de Europa occidental y el 45% de los procedentes de Latinoamérica se infectó por transmisión homo/bisexual. El 92,5% de las personas procedentes de África subsahariana se infectó por transmisión heterosexual. Con respecto a la edad, el 48,7% tenía entre 25 y 34 años.

Entre las personas que se analizaron voluntariamente para el VIH entre 2003 y 2004 en 11 centros de ETS¹⁰⁸, el 43% tenía país de origen distinto de España, predominando la procedencia latinoamericana (56%) y subsahariana (26%). En este estudio, la prevalencia de VIH en los extranjeros no fue muy diferente de la obtenida en población española de características similares, excepto los procedentes de África subsahariana y Europa occidental.

La prevención no tiene que ser diferente, pero debe adecuarse a su cultura, sin centrarse tanto en las diferencias como en las semejanzas

Distintos estudios realizados en población inmigrante encuentran que la prevalencia de VIH y la frecuencia de otras ITS (hepatitis B, sífilis, VPH...) pueden ser significativamente mayores en inmigrantes^{109, 110}. La mayor vulnerabilidad ante estas infecciones se debe sobre todo a la situación de precariedad socioeconómica y afectiva que encuentra el inmigrante en el país receptor, más que al hecho de que provengan generalmente de

áreas con mayor incidencia de esas enfermedades. A ello habría que añadir las eventuales dificultades en el acceso y en la atención sanitaria al inmigrante¹¹¹.

La población inmigrante es heterogénea desde el punto de vista cultural y de creencias, lo que determina actitudes y comportamientos, entre ellos los sexuales, específicos de cada comunidad de inmigrantes. La emigración de hombres o mujeres sin sus parejas, jóvenes y sin una red de iguales, la desestructuración familiar, las relaciones de poder entre hombres y mujeres o el temor de éstas a ser juzgadas por los comportamientos sexuales, sobre todo si tienen a sus parejas en los países de origen, son factores de riesgo de adquisición del VIH¹¹².

El abordaje de la prevención del VIH en población inmigrante debe atenderse desde una perspectiva interdisciplinaria que incluya a las instituciones implicadas, valore los problemas detectados y las necesidades identificadas, priorice las áreas de intervención y contemple las redes y los mecanismos de participación social¹¹³. Para el desarrollo de dichas actividades, el estilo de vida, la religión, la cultura, las tradiciones y la situación derivada de la inmigración deberán ser tenidas en cuenta. Además, se dirigirán desde una perspectiva de género, orientación sexual, prácticas sexuales y otros factores de riesgo. Igualmente, se considerarán las distintas estrategias que se han mostrado eficaces en la prevención del VIH, especialmente la educación de pares y la mediación intercultural.

Para el desarrollo de muchas de estas acciones es necesaria la coordinación con la Dirección General de Integración de los Inmigrantes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y otras instituciones responsables de la atención a los inmigrantes, así como con los sistemas de atención social y sanitaria, y las comunidades autónomas. Asimismo es conveniente participar en las redes internacionales de prevención del VIH en inmigrantes.

Objetivos

- Incrementar las intervenciones de prevención de la transmisión sexual del VIH en inmigrantes, especialmente en aquellos que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad o exclusión.
- Abordar el VIH desde aproximaciones multidisciplinares que incorporen la multiculturalidad en la planificación y el diseño de los programas preventivos.
- Desarrollar intervenciones dirigidas a fomentar conductas saludables en relación al VIH y a aumentar la percepción del riesgo teniendo en cuenta los condicionantes de género entre los colectivos de inmigrantes procedentes de sociedades con relaciones de género tradicionales.
- Favorecer la investigación de las conductas sexuales de la población inmigrante a fin de adaptar las intervenciones de prevención del VIH en un contexto de salud sexual.
- Proporcionar información en el idioma adecuado y adaptado al contexto cultural de las distintas comunidades de inmigrantes.
- Vincular las intervenciones preventivas a las asociaciones de inmigrantes, asociaciones de lucha contra el VIH y administraciones públicas.
- Facilitar la participación de la población inmigrante en el diseño, ejecución y evaluación de las actividades preventivas fomentando la participación de educadores de pares, agentes comunitarios y mediadores interculturales.
- Desarrollar iniciativas de sensibilización y formación multicultural, prestando especial atención a los profesionales sanitarios.
- Potenciar el acceso de los inmigrantes a los servicios de prevención, asistencia y tratamiento del VIH existentes, en colaboración con las comunidades autónomas y los sistemas de atención social y sanitaria.

Referencias

- ¹⁰³ Colectivo IOÉ. **Migraciones Internacionales hacia España, 2005**. En: La prevención del VIH/sida en la población inmigrante, pp. 9-24. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
- ¹⁰⁴ Vermeer V, Walter J (eds). **Similar to others, yet different in many ways. HIV/AIDS prevention from a cultural diversity approach**. NIGZ, Stichting AIDS Fonds, Commission of the European Communities.
- ¹⁰⁵ **Movilidad de la población y sida**. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA, abril 2001.
- ¹⁰⁶ **Vigilancia epidemiológica del sida en España**. Registro Nacional de casos de sida. Situación a 31 de diciembre de 2006. Informe Semestral nº 2. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid, 2006.
- ¹⁰⁷ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia epidemiológica del VIH. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA**. Actualización año 2006. Madrid, Instituto de Salud Carlos III.
- ¹⁰⁸ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. **Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2003-2004**. Madrid, Instituto de Salud Carlos III.
- ¹⁰⁹ Vall Mayans M y Grupo de Estudio de las Infecciones de Transmisión Sexual en Atención Primaria (GITSAP). **Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona**. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:154.
- ¹¹⁰ Sobrino P, Castilla J, Grupo EPI-VIH. **Incidencia de seroconversiones al VIH en una cohorte de personas a riesgo, 2002-2003**. *Gac Sanit*. 2005;19 Supl. 1:44.
- ¹¹¹ Esteva M, Cabrera S, Remartínez D, Díaz A, March S. **Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia**. *Aten Primaria* 2006;37:154-9.
- ¹¹² Castillo Rodríguez S. **La salud de la población inmigrante y la infección por VIH**. En: **La prevención del VIH/sida en la población inmigrante**, pp. 35-47. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
- ¹¹³ Menoyo C. **Estrategias de prevención del VIH y otras ITS en la población inmigrante**. En: **La prevención del VIH/sida en la población inmigrante**, pp. 66-72. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

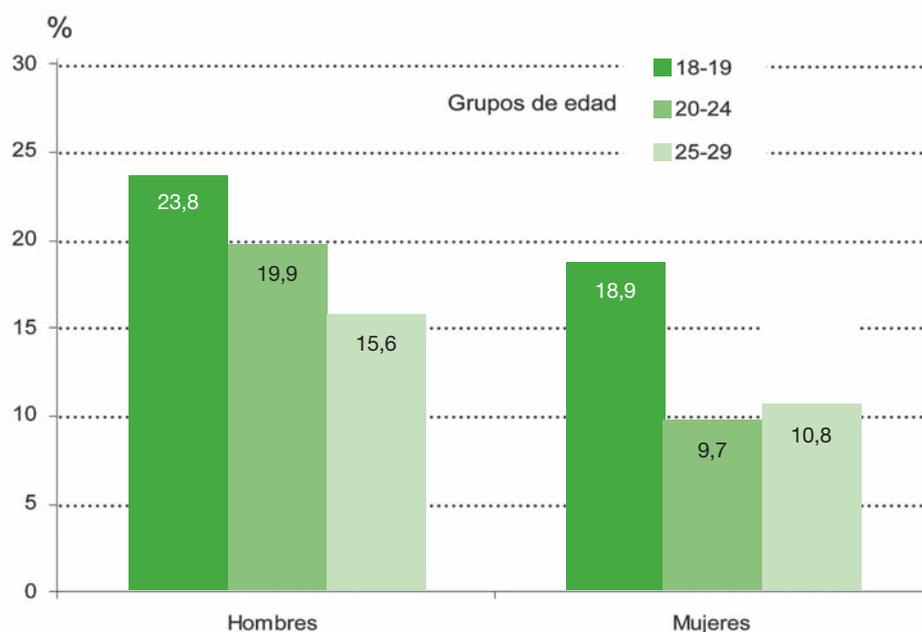
10. Jóvenes y adolescentes

La población joven y adolescente continúa estando en el centro de la pandemia del VIH en términos de transmisión, vulnerabilidad, impacto y potencial para cambiar las actitudes y los comportamientos que son la base de esta infección¹¹⁴. En el periodo 2003-2005, el 46,1% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en España eran menores de 35 años¹¹⁵.

Según diferentes encuestas^{116, 117} se observa una tendencia a iniciar las relaciones sexuales con penetración a edades cada vez más tempranas, en las que la gestión del riesgo es más difícil (Figura 12). Al descender la edad de la primera relación sexual y al retrasarse la edad en la que se forma una familia, aumenta el periodo de actividad sexual en jóvenes, con un mayor número de parejas sexuales y con mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales desprotegidas.

El uso del preservativo entre la población joven está cada día más extendido¹¹⁸. A pesar de esta tendencia favorable, hay también indicadores indirectos de prácticas sexuales desprotegidas que, en ocasiones, podrían ser de riesgo para la infección por VIH. Entre estos indicadores está el importante crecimiento en nuestro país de las interrupciones voluntarias del embarazo, especialmente en menores de 24 años¹¹⁹, el empleo cada vez más frecuente de los métodos anticonceptivos de emergencia¹²⁰ o el incremento de las ITS. Estas tendencias aparentemente discordantes probablemente se explican por la exposición diferencial a las ITS y a los embarazos no deseados. A menor nivel de estudios, especialmente en el caso de las mujeres, se usa menos el preservativo, y el colectivo de jóvenes en situación social de riesgo concentra vulnerabilidad y exposición con mayor frecuencia.

Figura 12. Jóvenes de 18 a 29 años que tienen su primera relación sexual con penetración con 15 años o menos, por sexo. España, 2003.



Fuente: Informe FIPSE/ESHS. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003

Existen diferentes factores que influyen a la hora de utilizar medidas preventivas en las relaciones sexuales. Diversos estudios muestran que la población joven percibe el propio riesgo de infección por VIH y otras ITS como algo lejano e improbable, que el VIH es una amenaza en cierta medida superada que sólo les ocurre a otros o a otras¹²¹. Los motivos que aduce el grupo de edad de 18-29 años para no utilizar preservativo se asocian con una baja percepción del riesgo: para el 33% de los hombres, el no disponer de un preservativo en ese momento, seguida de la falta de comunicación para plantear sus uso (23%) y de la seguridad que les daba conocer a la pareja (23%). En el caso de las mujeres, el 38% justifican el no haber usado preservativo por estar usando otro método anticonceptivo, un 31% por falta de disponibilidad y un 21% por la confianza que les daba conocer a su pareja¹²².

Otros aspectos que influyen en que no se utilicen medidas preventivas son los ideales románticos y el concepto de pareja que tiene la población joven, la escasa erotización del preservativo, la dificultad para una efectiva comunicación y negociación sexual, la influencia del grupo de iguales y los roles de género.

En la adolescencia las relaciones sexuales están sujetas a multitud de influencias externas que pueden favorecer una disminución del control de la situación y una mayor vulnerabilidad. Entre ellas destaca el consumo de alcohol y de otras drogas, la falta de planificación de las relaciones sexuales, la novedad de las parejas, mantener relaciones en lugares incómodos y poco íntimos o el no disponer de preservativos.

El comienzo de la adolescencia es el momento en el que pueden establecerse modelos duraderos de gestión responsable sobre la propia salud, un periodo idóneo para sensibilizar sobre la prevención del VIH, no sólo informando, sino asesorando y orientando sobre los distintos aspectos que pasan a ser importantes en su vida, como la sexualidad, el desarrollo de la identidad, la aceptación del propio cuerpo, la autoestima, la experimentación de nuevos roles o el grupo de amigos. El tabú en torno a la sexualidad dificulta llevar a cabo estos objetivos. Para llegar a los jóvenes son necesarios proyectos que contribuyan al diálogo social sobre la sexualidad y los derechos sexuales¹²³.

Promoción del preservativo, educación sexual temprana e intervenciones realizadas por pares que respondan a la diversidad

La educación sexual en el sistema educativo en muchos casos no ha ido más allá de la voluntad de algunos profesores y la presencia puntual en las aulas de ONG y profesionales del sistema sociosanitario. Sin embargo, la principal estrategia para prevenir la infección por VIH en jóvenes continúa siendo la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela, de cobertura universal. Es prioritario destinar los recursos

necesarios para implementar esta política educativa. Ésta debe estar integrada de manera formal y continua en el proyecto educativo del centro y abarcar todas las etapas educativas, empezando a trabajar desde primaria, cuando no hay urgencia ni apenas riesgos y la capacidad de asimilación es más alta¹²⁴. El ámbito educativo es también un lugar estratégico para facilitar el acceso al preservativo. La formación permanente del profesorado en el ámbito de la educación afectivo-sexual es una cuestión fundamental, sin descartar que se pueda complementar la formación del alumnado a través de otros especialistas externos.

Los contenidos y la metodología tienen que incorporar la perspectiva de género y estar adaptados a la edad, diversidad cultural y situaciones concretas del alumnado y favorecer su propia participación. Deben basarse en una concepción más amplia y rica de la sexualidad y no quedarse únicamente en los aspectos informativos, ni reforzar únicamente

la necesidad de prevenir riesgos y evitar problemas, sino promover una salud sexual integral y participativa, que potencie los factores de protección con los que cuenta este grupo de edad, que incluya la relación entre sexualidad y afectividad y que promueva la creatividad, la autonomía personal, el respeto, la igualdad entre sexos y la diversidad, para una vivencia satisfactoria de la sexualidad¹²⁵.

Dentro de los contenidos de educación para la ciudadanía y, concretamente, de promoción de los derechos humanos, se debe incorporar también la sensibilización, tolerancia y solidaridad hacia las personas con VIH.

Debe incrementarse por tanto el desarrollo de estos programas de forma correspondiente y estrechamente coordinada entre las autoridades sanitarias y educativas de las comunidades autónomas y en colaboración con el Ministerio de Educación y Ciencia.

Diversidad cultural

Otra forma eficaz de acercar la prevención del VIH a la población joven es a través de la educación no formal, especialmente a jóvenes económica o socioculturalmente desfavorecidos, a los que pueden no llegar los programas de educación afectivo sexual dirigidos a la población escolarizada, como es el caso de algunos segmentos de jóvenes inmigrantes cuyas condiciones sociales adversas conducen en ocasiones a situaciones de riesgo para su salud. Es importante identificar los problemas específicos de estos colectivos y adaptar las actividades de prevención y de asistencia a sus necesidades en un marco de diversidad cultural¹²⁶. Para ello es básico el trabajo conjunto entre las administraciones, las organizaciones, consejos de juventud, asociaciones juveniles y asociaciones de inmigrantes.

Otro ámbito en el que confluyen adolescentes en situación social de riesgo son los centros de ejecución de las medidas privativas de libertad para menores. La elevada vulnerabilidad al VIH de este colectivo requiere incrementar las estrategias y programas de prevención existentes.

Probablemente los y las jóvenes constituyan la subpoblación más receptiva a la educación entre iguales. La OMS aconseja que participen activamente en todas las etapas de los programas de prevención del VIH, desde la conceptualización, el diseño, la implementación y la retroalimentación, hasta el seguimiento. Una mayor participación puede mejorar los resultados en cuanto al conocimiento, las actitudes, destrezas y conductas¹²⁷. Teniendo en cuenta que para la población joven las personas de edad similar son los principales interlocutores en temas relacionados con la sexualidad, y que las intervenciones son más efectivas si son aplicadas por modelos próximos, es indispensable que ellos mismos sean los protagonistas, incorporándolos como mediadores^{128, 129}. La colaboración de la SPNS con el Consejo de la Juventud de España permite el desarrollo de numerosas actividades con la perspectiva de la educación entre pares.

La población joven acude a los centros de salud sexual cuando ya tiene un problema y no para ver cómo puede evitar tener problemas. Por ello sería importante mejorar su acceso a los servicios sanitarios, adecuándolos a sus preferencias y sus necesidades, de forma que se eliminen las barreras entre profesionales y jóvenes y se favorezca un clima de confianza. Los centros y los programas de jóvenes deben velar por el derecho a la intimidad de los jóvenes y a la confidencialidad, y deben estar compuestos por un equipo multidiscipli-

nar de profesionales que estén formados, entrenados y sensibilizados en las características y necesidades de la población adolescente.

El papel de padres y madres como agentes y modelos de salud es básico, por lo que deberían cobrar mayor protagonismo en la educación sexual de sus hijos e hijas. Los padres son la primera fuente de información de la que los jóvenes hubieran preferido aprender sobre temas sexuales¹³⁰. La comunicación clara y a edades tempranas en torno a la sexualidad es un paso importante para ayudar a los y las adolescentes a adoptar y mantener comportamientos sexuales saludables y satisfactorios. Está demostrado que en los hogares en los que hay una comunicación abierta sobre sexualidad, los jóvenes suelen tomar decisiones más seguras con respecto a sus relaciones sexuales¹³¹.

Los medios de comunicación ocupan un lugar cada vez más importante, y constituyen una de las principales fuentes de información sobre sexualidad para la población joven. Gran parte de su información proviene de las series de televisión, el cine, las revistas, internet, etc. que representan cauces excelentes para difundir mensajes de prevención del VIH. Si bien es cierto que se aprovecha el alcance de algunos medios, como el televisivo, para hacerles llegar mensajes e informaciones adecuados en relación con la salud sexual, se siguen filtrando en ocasiones ideas erróneas y distorsionadas respecto a la sexualidad, la salud sexual y el VIH. Dado su importante papel, además de la realización de campañas puntuales de prevención de embarazos no deseados e infección por VIH y otras ITS, resulta fundamental contar con ellos para que de forma integrada y continua muestren aspectos más positivos y saludables de la sexualidad, desmonten falsos mitos, informen, sensibilicen y eduquen.

Objetivos

- Incorporar la prevención del VIH en el contexto de la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela, en todas las etapas del proceso educativo y adaptada a la edad y a la diversidad cultural del alumnado.
- Promover la formación del profesorado en sexualidad y prevención de VIH.
- Introducir la prevención y la reducción de los riesgos sexuales frente al VIH y otras ITS en las actividades que desarrollan las distintas organizaciones, instituciones, redes, asociaciones etc. que atienden a jóvenes en situación de riesgo social.
- Promocionar el uso del preservativo entre los jóvenes como método anticonceptivo a la vez que de prevención de la infección por el VIH y otras ITS, para lograr una mayor aceptación y normalización de su uso, incluyendo medidas para facilitar el acceso.
- Facilitar el acceso de los jóvenes al preservativo, promoviendo que se reduzca su precio, se vendan en formatos de una, dos o tres unidades, y se coloquen máquinas expendedoras en lugares frecuentados por jóvenes.
- Incluir entre los objetivos de los programas de prevención del uso recreativo de drogas el fomento del uso del preservativo.
- Promover la inclusión en las actividades de educación para la salud la educación en igualdad entre mujeres y hombres, como forma de favorecer cambios en los modelos y roles de género que condicionan los comportamientos de riesgo de la población joven.

- Asegurar la participación de los jóvenes en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de prevención del VIH/ITS.
- Promover actividades de formación de padres y madres en temas de educación afectivo-sexual y prevención del VIH para facilitar un diálogo familiar abierto sobre sexualidad.
- Implicar a los servicios de atención primaria en la identificación de conductas de riesgo, el diagnóstico precoz y la realización de actividades preventivas con jóvenes.
- Introducir en los programas dirigidos a los grupos más vulnerables actividades adaptadas a los más jóvenes (jóvenes gays, jóvenes UDI, jóvenes inmigrantes...).

Referencias

- ¹¹⁴ ONUSIDA. **Programas Nacionales contra el Sida: una guía de indicadores para monitorear y evaluar los programas de prevención del VIH/SIDA para jóvenes.**
- ¹¹⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las comunidades autónomas.** Actualización año 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ¹¹⁶ Instituto Nacional de Estadística. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003.** Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.
- ¹¹⁷ Instituto de la Juventud. **Informe 2004 Juventud en España.** Instituto de la Juventud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2005.
- ¹¹⁸ Belza MJ, Koerting A, Suárez M, Álvarez R, López M, Melero I, Royo A. **Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003.** FIPSE. 2006.
- ¹¹⁹ Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. **Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- ¹²⁰ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer. **La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.**
- ¹²¹ Bimbela JL, Maroto G. **Mi chico no quiere utilizar condón, estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA.** Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003.
- ¹²² Belza MJ, Koerting A, Suárez M, Álvarez R, López M, Melero I, Royo A. **Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003.** FIPSE. 2006.
- ¹²³ OMS. **VIH, adolescentes y jóvenes: la OMS interviene.** OMS, 2005.
- ¹²⁴ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer. **Estudio Sociológico: contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud temprana, 2006.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.
- ¹²⁵ De la Cruz C. **Guía de orientación Promoción y Educación para la salud. Educación de las Sexualidades. Los puntos de partida de la Educación Sexual.** Madrid: Cruz Roja Juventud; 2003.
- ¹²⁶ Vermeer V, Walter J (eds). **Similar to others, yet different in many ways. HIV/AIDS prevention from a cultural diversity approach.** NIGZ, Stichting AIDS Fonds, Commission of the European Communities.
- ¹²⁷ ONUSIDA. **“Steady, Ready, GO” The Talloires consultation to review the evidence for policies and programmes to achieve the global goals on young people and HIV/AIDS.** World Health Organization Department of Child and Adolescent Health and Development for the UNAIDS Inter Agency Task Team on Young People.
- ¹²⁸ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA y Organización Mundial de la Salud. **Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial.** 2002.
- ¹²⁹ Svenson GR. **Directrices Europeas para la Educación entre Iguales sobre el SIDA a Jóvenes.** European Commission; 1998.
- ¹³⁰ Instituto Nacional de Estadística/ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003.** Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.
- ¹³¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. **Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial.** 2002.

11. Mujeres

El total de la población femenina no constituye un colectivo homogéneo, como tampoco lo constituye el total de hombres. Las mujeres representan más de un 50% de la población y son tan heterogéneas como la población en general, presentando, igual que los hombres, características diversas en función del sector poblacional al que pertenezcan, su nivel cultural, socioeconómico, procedencia, edad, comportamientos de riesgo y otros. No obstante, dado que las mujeres no disfrutaban de igualdad real, son necesarias medidas específicas que se abordan en este apartado, sin que esto signifique no integrar la perspectiva de género transversalmente.

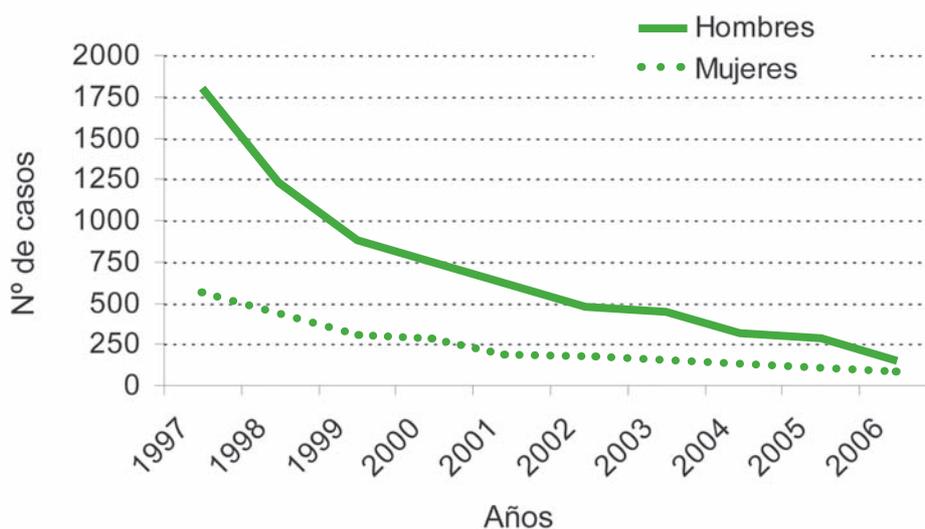
Se acortan las distancias

La incidencia de infección por VIH se iguala entre hombres y mujeres en los grupos de edad más jóvenes

La infección por VIH y el sida en España han afectado mayoritariamente a hombres. En la actualidad, sin embargo, las mujeres han pasado a constituir más de una de cada cuatro de las nuevas infecciones diagnosticadas, y las incidencias para hombres y para mujeres se aproximan o incluso se igualan en los grupos de edad más jóvenes¹³² debido al peso creciente de la transmisión heterosexual (Figura 13).

Los descensos en la incidencia han sido sustanciales en ambos sexos, aunque más pronunciados entre los hombres. En los últimos años este descenso se ha ralentizado, y más entre las mujeres, que no experimentan variaciones significativas. Los datos apuntan a que la edad de infección por el VIH es menor entre mujeres, siendo la principal vía de transmisión la heterosexual¹³³.

Figura 13. Incidencia anual de sida por sexo. Casos notificados entre 25 y 34 años. España, 1997-2006. Actualizado a 31/12/06



Fuente: Registro Nacional de Sida. SPNS/CNE

Los inmigrantes representan una proporción cada vez mayor de los casos de sida. En este grupo la razón hombre/mujer es menor que entre los casos autóctonos. Se aprecia un aumento en los casos de mujeres venidas de África y América latina, más claramente en los de transmisión heterosexual.

Se observa un menor porcentaje de retraso diagnóstico en mujeres, con un 34,9% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH presentando ya una inmunosupresión severa al ser diagnosticados, que en hombres, en los que asciende al 41,9%, alcanzando la diferencia significación estadística y produciéndose en todas las categorías de transmisión. Si se observa dicho diagnóstico tardío combinando sexo y origen, el mayor porcentaje se da en los hombres inmigrantes, donde alcanza un 45%, y el menor en las mujeres inmigrantes, donde baja al 32%¹³³. Estas diferencias probablemente se deben al *screening* prenatal.

La vulnerabilidad de la diferencia

Las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH debido a factores biológicos, socioeconómicos y culturales. En el plano biológico tienen al menos dos veces más probabilidades que los hombres de contraer el VIH a través de un coito no protegido, ya que la mucosa vaginal presenta mayor fragilidad y el semen tiene mayor capacidad infectiva que los fluidos vaginales y padecen más infecciones de transmisión sexual, muchas de ellas asintomáticas, lo cual aumenta el riesgo de infección por VIH. Pero los factores que pueden incidir más en la vulnerabilidad de las mujeres al VIH son de carácter social, económico y cultural. La desigualdad y la inequidad en las relaciones sociales, afectivas y sexuales ponen a las mujeres en situación de riesgo.

Las desigualdades de poder y la dependencia económica condicionan asimismo la información, e influyen en la toma de decisiones en cuanto a la salud sexual. El mayor aislamiento social de las mujeres las somete a una restricción tanto en el acceso a la información como a la hora de contrastarla. Todos estos aspectos comportan un control limitado de los medios de prevención y dificultades en percibir el riesgo frente a las ITS y el VIH, debido a la representación social tanto de las ITS como del género.

Por tanto, en ocasiones las mujeres ven limitada su capacidad para ejercer un control sobre su salud sexual y reproductiva, debido a los roles de género que se atribuyen a las mujeres que dependen del hombre económica, social y emocionalmente, y les resulta difícil rechazar una relación sexual de riesgo o negociar el uso de métodos de prevención^{134, 135}.

Otra cuestión relevante es la baja percepción de riesgo, clave sobre todo en mujeres con parejas estables o en lo que se denomina monogamia seriada, que no perciben la exposición al riesgo¹³⁶.

Las mujeres transexuales presentan una particular vulnerabilidad, por las prácticas sexuales, por la vulnerabilidad biológica, por los mismos factores socioeconómicos y culturales y, además, por la transfobia vivida.

La infección por VIH también puede estar asociada con la violencia de género de manera directa a través de la violencia sexual, y de manera indirecta, debido a las limitaciones impuestas a la capacidad de las mujeres para protegerse y negociar el uso del preservativo o las condiciones bajo las cuales mantener las relaciones sexuales^{137, 138}. En relación a la mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes al VIH y otras ITS es destacable el impacto que la violencia tiene sobre esta población. La violencia de género causa indefensión y

grandes dificultades a las mujeres para cuidar de su salud sexual y reproductiva¹³⁹. En las mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a las que se ven sometidas. Por otra parte, el mismo diagnóstico de infección por VIH es un factor de riesgo para aumentar la violencia de género que sufren las mujeres.

El uso del preservativo

En España se observa el mismo patrón europeo de aumento en el uso del preservativo a partir de mediados de los años ochenta¹⁴⁰. Estos cambios hacia conductas sexuales más saludables que se producen aquí como en otros países como consecuencia de la epidemia se dan con especial intensidad en las mujeres, acortando las diferencias entre sexos. No obstante, la situación actual mantiene desigualdades de género en salud sexual y reproductiva, especialmente en los estratos socioeconómicos más bajos. Las chicas siguen teniendo presiones para mantener relaciones sexuales precoces, escasa capacidad para la negociación del uso del preservativo y deben asumir la responsabilidad y las posibles consecuencias de la anticoncepción de emergencia, la IVE, la infección por VIH u otras ITS¹⁴¹. En las mujeres el nivel de estudios influye marcadamente en el uso del preservativo, y es llamativo el bajo porcentaje de mujeres con estudios inferiores a secundaria que lo emplea siempre con las parejas ocasionales, con una diferencia de más de veinte puntos respecto a las universitarias¹⁴². En los hombres en cambio esta variable no tiene un efecto claro.

Como se señala en la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales de 2003 en lo relativo a los motivos de las mujeres para no usar condón, el 38% lo justifica por estar usando otro método anticonceptivo, un 31% por falta de disponibilidad y un 21% por la confianza que les daba conocer a su pareja.

Adaptar las intervenciones y deconstruir roles

Los mensajes preventivos, las estrategias educativas y los sistemas de provisión de servicios sanitarios han de adaptarse a las necesidades y valores específicos de las mujeres. Además, estas intervenciones deben ir acompañadas de actuaciones sobre el entorno cultural, social, laboral y familiar encaminadas a reducir los obstáculos que los condicionantes de género suponen para la prevención. Se trata de introducir mensajes que aumenten la capacidad de percibir el riesgo de infección por VIH que tienen las mujeres y ofrecer estrategias de empoderamiento respecto a la sexualidad.

Estas intervenciones han de tener necesariamente en cuenta la influencia de las relaciones de género sobre las diferentes conductas de hombres y mujeres. Los mensajes y estrategias preventivas han de adaptarse a las necesidades y valores específicos de hombres y mujeres, pero a su vez deconstruir los roles de género, asignando nuevos valores de igualdad y equidad que favorezcan la prevención y fortalecer la autoestima y la capacidad de negociación de las mujeres, capacitándolas para su autocuidado. Es importante que estas intervenciones se realicen bajo el prisma de la reducción del riesgo.

Hay que incorporar la prevención del VIH en las redes comunitarias de atención integral a las mujeres que sufren violencia, así como en los protocolos de violencia sexual, junto con la profilaxis post exposición no ocupacional^{143,144}. La violencia contra las mujeres, como problema de salud pública, se aborda desde los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, y forma parte de la cartera de servicios del SNS. Estas redes constituyen una entrada adecuada para prevenir la infección y asegurar el acceso al tratamiento de las mujeres infectadas.

Para reforzar la vinculación entre las actividades dedicadas a la infección por VIH y la salud sexual y reproductiva hay que desarrollar y apoyar programas de prevención del VIH, otras ITS y embarazos no deseados en el contexto de la planificación familiar, adaptándolos culturalmente y utilizando los mensajes y los canales más efectivos para poder llegar a los diferentes colectivos de mujeres.

Es prioritario abordar la prevención de la transmisión heterosexual del VIH en mujeres inmigrantes, ya que en muchas ocasiones se encuentran con serias limitaciones para acceder tanto a las intervenciones preventivas como a la atención sanitaria debido a barreras legales, culturales, lingüísticas y socioeconómicas¹⁴⁵. Para ello es preciso potenciar la figura del mediador cultural y del agente de salud comunitario, y estimular el trabajo y la colaboración entre las asociaciones de inmigrantes. Entre los factores culturales a tener en cuenta en la atención a mujeres inmigrantes se encuentran las diferentes concepciones sobre la salud, la enfermedad y también la prevención. También la concepción del sistema de salud es diferente según el contexto del país de origen¹⁴⁶, y los profesionales sanitarios deben disponer de la formación y las herramientas necesarias para abordarlas.

De igual modo es necesario diseñar e implementar programas de prevención del VIH de carácter integral cuando se dirigen a mujeres en situación de vulnerabilidad y exclusión, enmarcadas en un contexto de políticas sociales, educativas y sanitarias coordinadas.

La promoción de la salud, y por ende la prevención del VIH en mujeres, requiere de la capacitación para la autogestión de la salud. Dicho objetivo necesita un despliegue de recursos sanitarios adecuados y al alcance de las mujeres, además de intervenciones educativas intensivas a escala comunitaria e individualizada que doten a las mujeres de los recursos personales necesarios para hacer uso de estos servicios^{147,148}.

Nuevas vías de prevención

Actualmente se necesita explorar nuevas vías de prevención para las mujeres. Es necesario destinar recursos a programas que desarrollen estas nuevas vías de prevención. Estas estrategias se basan en la respuesta local y en los modelos participativos en los que las propias mujeres diseñan las estrategias más adecuadas. Las mujeres son transmisoras de conocimientos sobre cuidados en su comunidad, en su entorno, familia e hijos. A medida que alcanzan recursos para su autocuidado, las mujeres se convierten en promotoras y vehículo para la prevención.

También hay que continuar trabajando e investigando otras formas de prevención que, como los microbicidas y los preservativos femeninos, ofrecen a la mujer diferentes alternativas sobre las que pueden ejercer mayor control, aunque el control sobre las condiciones de una relación sexual es un complejo componente psicológico y social que no

emerge espontáneamente sólo con disponer de herramientas de prevención. Se requerirá informar y sensibilizar adecuadamente sobre las nuevas tecnologías.

Para desarrollar programas que mejoren el nivel de información y educación sanitaria de las mujeres en relación con su salud sexual, la infección por VIH y otras ITS, y el uso de las herramientas de prevención, continua siendo prioritaria tanto la colaboración con el Instituto de la Mujer y las comunidades autónomas, como la propia participación de las mujeres en todas las etapas del proceso a través de diferentes organizaciones, instituciones, redes y asociaciones.

La Coalición Mundial sobre la Mujer y el Sida es una iniciativa de ONUSIDA en la que participa el Ministerio de Sanidad y Consumo desde sus inicios, con el compromiso de velar por los derechos de las mujeres, aumentar la inversión en programas de prevención del VIH dirigidos a mujeres y asignar más puestos decisivos a las mujeres.

Objetivos

- Incrementar las intervenciones de prevención de la transmisión sexual del VIH en mujeres, abordando la prevención según las distintas edades, y especialmente en las más jóvenes.
- Diseñar e implementar programas de prevención y diagnóstico precoz del VIH, voluntario, confidencial y acompañado de *counseling*, que aborden las barreras legales y culturales para el acceso y las necesidades de las mujeres inmigrantes desde los servicios de atención primaria y desde los servicios de atención especializada pertinentes.
- Diseñar e implementar programas de prevención y diagnóstico precoz del VIH, voluntario, confidencial y acompañado de *counseling*, que aborden las necesidades de las mujeres en general.
- Diseñar e implementar módulos de prevención y diagnóstico precoz del VIH para introducirlos en los programas de atención a mujeres, especialmente inmigrantes, tanto desde las redes institucionales como en programas de ONG.
- Visibilizar la vulnerabilidad de las mujeres adultas de la población general que tiene prácticas sexuales de riesgo, y las dificultades para mantener medidas preventivas.
- Incluir la prevención del VIH en los programas y servicios de salud sexual y planificación familiar, particularmente en los servicios que proporcionan anticoncepción postcoital.
- Capacitar a los profesionales sobre prevención de VIH con perspectiva de género para mejorar el impacto de sus intervenciones.
- Potenciar el trabajo y la investigación de factores de protección y resistencia frente a la violencia y la infección por VIH y contribuir a la capacitación de los agentes sociosanitarios en este tema.
- Promover que en los servicios que aborden la violencia de género se realicen actividades preventivas desde una perspectiva de reducción de riesgos, se promueva la realización de la prueba del VIH y se informe sobre la profilaxis post exposición no ocupacional.
- Fomentar el cambio de actitudes de hombres y mujeres en relación a los modelos y roles de género que condicionan los comportamientos de riesgo frente a la infección.

- Impulsar acciones que promuevan un mayor control y poder de decisión de las mujeres sobre cuestiones relativas a su salud sexual reproductiva, sin verse sujetas a la coacción, la discriminación y la violencia.
- Fomentar la participación de las mujeres en los programas de prevención del VIH.

Referencias

- ¹³² Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Situación epidemiológica del VIH/SIDA en mujeres 2005**. Actualización diciembre 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ¹³³ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA**. Actualización año 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ¹³⁴ OMS/FNUAP/ONUSIDA/IPPF. **Salud sexual y reproductiva y VIH/sida. Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios**. 2006.
- ¹³⁵ ONUSIDA. **El género y el VIH/Sida: Actualización técnica del ONUSIDA**. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA, 2000.
- ¹³⁶ Yordi I. **Las mujeres y el sida: una amenaza creciente**. *Entre Nous* 1996;32:4-5.
- ¹³⁷ Cansen H *et al*. **Forced Sex and Physical Violence in Brazil, Peru and Thailand: WHO Multi-Country Results**. XIV International AIDS Conference. Barcelona, 2002.
- ¹³⁸ Wingood GM, DiClemente RJ. **Child sexual abuse, HIV risk, and gender relations of African-American women**. *Am J Prev Med* 1997;13(5):380-4.
- ¹³⁹ Coomaraswamy R. **Integración de los derechos humanos de la mujer y perspectiva de género: La violencia contra la mujer**. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. E/CN.4/2003/75.
- ¹⁴⁰ Hubert M, Bajos N y Sandfort T. **Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe**. London UCL Press, 1998.
- ¹⁴¹ Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer. **La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes, 2006**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.
- ¹⁴² Instituto Nacional de Estadística. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003**. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.
- ¹⁴³ Roland M *et al*. **Seroconversion following non-occupational post-exposure prophylaxis**. 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, 2004. Abstract No. 888.
- ¹⁴⁴ Wulfsohn A. **Post-Exposure Prophylaxis for HIV after Sexual Assault in South Africa**. 2003 National HIV Prevention Conference. Atlanta, 2003. Abstract No. M3-C0304.
- ¹⁴⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Infección por VIH y Sida. Plan Multisectorial 2001-2005**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.
- ¹⁴⁶ Ollé Sasir C. **Inmigrantes: ¿mayor vulnerabilidad al VIH? Mujeres inmigrantes y VIH**. X Congreso Nacional sobre Sida. San Sebastián, 2007.
- ¹⁴⁷ Hawkes S, Coleman E, Corona E, Vanwesenbeeck I, Mazin R, Ilkkaracan P, Esiet U y Rubio-Aurioles E. **Sexual Health and Rights: International Perspectives**. *Lancet* (en prensa).
- ¹⁴⁸ Yamin AE. **Learning to Dance: Advancing Women's Reproductive Health and Well-Being from the Perspectives of Public Health and Human Rights**. Cambridge, Harvard University Press, 2005.

12. Prisiones

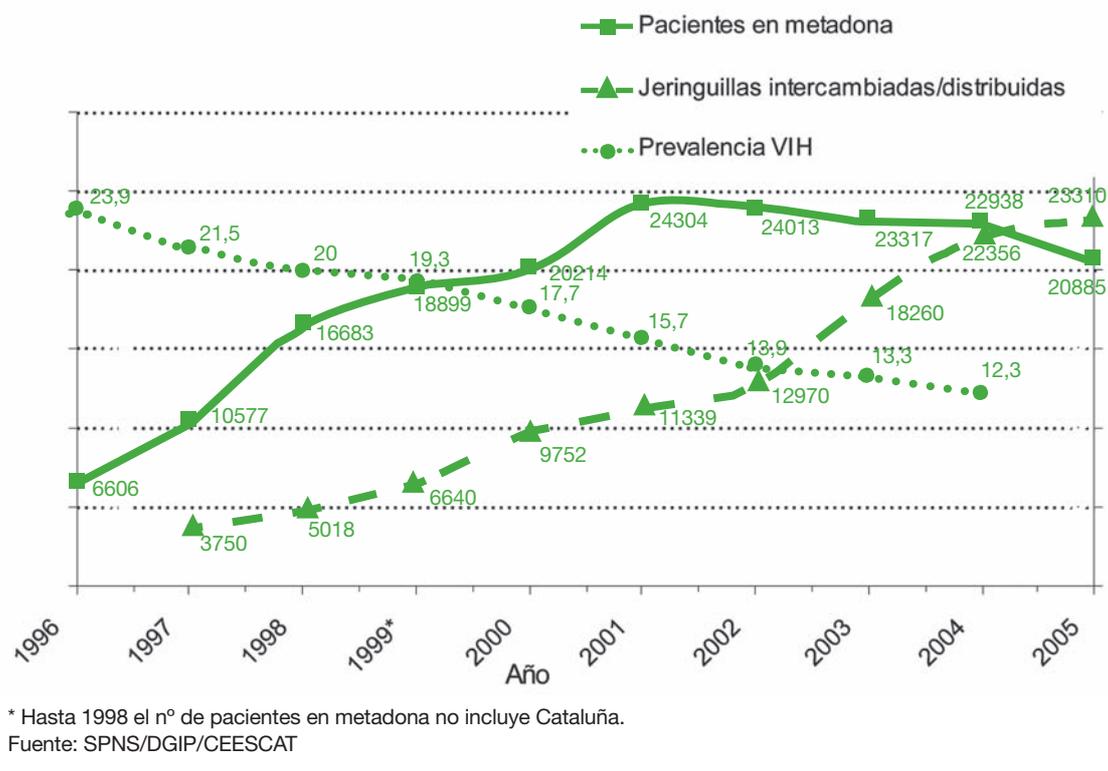
Las tasas de infección por VIH en prisiones han disminuido marcadamente, pero siguen siendo muy superiores a las de la población general. En las prisiones dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, la prevalencia de VIH ha descendido desde el 23% en 1996 hasta el 10% en 2005¹⁴⁹. En las prisiones de Cataluña, que partían de tasas más elevadas, también ha descendido, pasando de un 37% en 1996 a un 27% en 2004. A la hora de interpretar estos datos hay que tener en cuenta que en 1990 la proporción de extranjeros no alcanzaba el 5%, mientras que actualmente son más del 30% de la población penitenciaria, y que este grupo tiene prevalencias menores, tanto para VIH como para VHC. No obstante, aún excluyendo a los extranjeros, la disminución en la prevalencia es manifiesta.

El uso de heroína y otros opiáceos por vía parenteral en prisiones también ha disminuido¹⁵¹. A pesar de esta evolución favorable, en 2005¹⁵², la proporción de presos con antecedentes de inyección de drogas sigue siendo muy elevada (26%), y mucho mayor entre los presos españoles (36%) que entre los extranjeros (4%). El 27% de los consumidores de drogas inyectadas afirma haberse inyectado drogas con jeringuillas usadas por otro interno. Aunque la proporción que se inyectaba en libertad, en los 30 días antes de su ingreso en prisión era del 11,7%, mucho mayor que la de los que se inyectan dentro, aún un 1,3% de los internos declara haberse inyectado en los últimos 30 días en la cárcel. Y cuatro de cada diez de ellos admite haber usado la aguja y/o la jeringuilla de otro interno. La tendencia de las conductas de riesgo de inyección es favorable, pero queda campo para la acción. Hay además un incremento de los problemas derivados del consumo de cocaína, principalmente policonsumidores¹⁵³.

La distribución por vía de transmisión en los nuevos casos de sida declarados en instituciones penitenciarias muestra una clara tendencia ascendente de la vía heterosexual, responsable ya de más del 15% de los casos en 2005. No obstante, la transmisión parenteral sigue representando el 82% de los casos de sida en ese mismo año. Entre los UDI que ingresan en prisión, el 45% están infectados por el VIH y el 80% por VHC¹⁴⁹. La infección por VHC afecta al 33% de la población interna. Más del 90% de los internos con VIH también están infectados por VHC. A la inversa, el 33% de los infectados por VHC también lo está por el VIH.

El sistema penitenciario español responde a los principios de la salud pública, y tiene incorporada una amplia gama de medidas de control de enfermedades infecciosas, que incluye pruebas de detección voluntarias, vacunación, educación, formación, reducción de daños, tratamiento, reinserción social y vigilancia epidemiológica (Figura 14). En ningún otro ámbito se aborda de manera tan integral la atención de las infecciones por VIH, VHB y VHC, las ITS y la tuberculosis. Este enfoque integral y el respeto a los derechos humanos constituyen los elementos básicos de la estrategia contra la infección por VIH en prisiones. En 1993 la OMS emitió directrices sobre la infección por VIH y las prisiones que siguen estando vigentes. Entre ellas, que todos los presos tienen derecho a recibir sin discriminación los mismos cuidados de salud que recibirían en la comunidad. Algunos estudios han descrito dificultades para una buena adhesión y seguimiento a los tratamientos antirretrovirales en prisión^{153, 154}. Las estrategias descritas en anteriores capítulos para abordar la prevención del VIH, especialmente en UDI, son las mismas que se deben aplicar en el medio penitenciario. De igual manera, los estándares de tratamiento han de ser los mismos.

Figura 14. Evolución de la prevalencia de VIH y de los programas de reducción de daños en prisiones. España, 1996-2005.



En vanguardia de la prevención

Las prisiones españolas cuentan con uno de los mejores niveles de acceso a las medidas de prevención del VIH del mundo, con tratamientos sustitutivos con metadona que cubren la demanda, deshabituación, módulos libres de drogas, campañas de información, programas de educación entre iguales, promoción de sexo más seguro y de prácticas de inyección de menos riesgo, prueba voluntaria del VIH y *counseling*, provisión de condones y lubricantes, provisión de material de inyección estéril, distribución de lejía y sistema de referencia a programas comunitarios extrapenitenciarios. No obstante, el grado de desarrollo de estos programas no es aún homogéneo en todas las prisiones.

La cobertura alcanzada por los programas de mantenimiento con metadona en prisiones alcanzó su techo en los primeros años de esta década, por encima del 20%, sin que existan listas de espera, y debe continuar la oferta de estos programas con los estándares de calidad recomendados.

Los programas de intercambio de jeringuillas en prisiones fueron un avance realmente significativo desde la perspectiva de derribar tópicos que dificultaban el desarrollo de las medidas preventivas. Su desarrollo, sin embargo, se produjo con retraso y su impacto ha sido limitado, pues el número de jeringuillas repartidas ha sido escaso fuera de algunos programas concretos¹⁵⁵. Debe continuar el esfuerzo para integrar esta prestación pues siguen existiendo personas que se inyectan en las cárceles españolas y no puede malgastarse el esfuerzo ya realizado para la introducción de estos programas.

Las estrategias de reducción de los daños asociados al consumo de drogas son la promoción de conductas sexuales y de inyección más seguras, la educación entre pares, las pruebas de detección de infecciones víricas de transmisión parenteral, la vacunación contra el VHB, la provisión de condones y lubricantes, la provisión de lejía, la provisión de naloxona y la provisión de material de inyección estéril¹⁵⁶. De todas ellas, la educación para la salud, el consejo post-prueba, la prevención de sobredosis y el acceso al material de inyección estéril son las que requieren mayor desarrollo.

La participación de los internos en las actividades de educación, mediante pares y mediadores, y con un enfoque de género, es un componente esencial de la prevención del VIH y del VHC en el ámbito penitenciario. De los presos que admiten haber tenido relaciones sexuales el último año sólo el 26% usó siempre preservativo, estando más extendido su uso entre los hombres que entre las mujeres¹⁵². En 2005, el 30% de los internos eran extranjeros, y esta proporción va en aumento, por lo que es necesaria la adaptación de los programas de prevención a las características culturales y lingüísticas de los presos.

La cobertura de la prueba del VIH alcanzaba al 81% de los internos en 2004¹⁵⁷. Las prisiones son uno de los entornos en los que se deben desarrollar medidas para reducir la fracción sin diagnosticar de la epidemia, ampliando la cobertura de la prueba pero siempre sin vulnerar el derecho a la voluntariedad y a la confidencialidad. El consejo post prueba y la adherencia a las medidas de prevención son dos elementos claves de la prevención en las personas con VIH, que adquiere mayor importancia cada día.

El acceso fácil y discreto a los instrumentos de prevención y reducción de daños para todos los presos, de modo que no tengan que efectuar una petición explícita al personal de vigilancia para ninguna de estas herramientas¹⁵⁸ son requisitos indispensables para alcanzar una cobertura suficiente, y para ello a menudo es necesaria la participación de ONG en estos programas.

Los tatuajes son cada vez más frecuentes en prisiones. Aproximadamente uno de cada cuatro internos afirma haberse realizado algún tatuaje estando en prisión¹⁵². El uso de material no estéril para realizarlos conlleva riesgo de infección por VHC¹⁵⁹ y, aunque en mucha menor medida, por el VIH¹⁶⁰. No está prohibido tatuarse pero sí las herramientas para realizar el tatuaje. Las iniciativas para tatuarse sin riesgos incluyen la oferta de servicios de tatuaje profesionales, la formación de presos para aprender a tatuar en condiciones adecuadas y la provisión de equipamiento seguro.

Acceso fácil y discreto a los instrumentos de prevención y reducción de daños para todos los presos

Finalmente, la preparación para la salida y la reincorporación social son parte inseparable de toda la intervención con internos drogodependientes, e incluye la continuación del proceso terapéutico, lo que requiere una acción coordinada con los servicios autonómicos de salud, los planes autonómicos y municipales de drogas, los servicios sociales y las ONG. Un aspecto

particular de esta etapa es el reciente aumento en los datos sobre fallecimientos en las primeras semanas después de salir de prisión, generalmente atribuidos a sobredosis, lo que requiere intervenciones preventivas específicas.

La colaboración entre la SPNS del MSC y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP) ha sido crucial para la puesta en marcha y desarrollo de las actividades de prevención del VIH en la población reclusa, y sigue siendo clave para lograr la extensión, el acceso y la calidad necesarias.

Objetivos

- Acceso fácil, discreto y universal a los instrumentos de prevención del VIH y reducción de daños en todas las prisiones.
- Atención sanitaria integral de las enfermedades infecciosas más prevalentes en prisiones, VIH, VHB, VHC, ITS y tuberculosis.
- Asegurar el acceso de los presos a la prevención y atención sanitaria del VIH según los estándares de calidad de cada momento.
- Incluir en las publicaciones de los datos producidos por los sistemas de vigilancia epidemiológica de los centros penitenciarios el desglose por sexos y, en el análisis de los resultados, tener en cuenta la realidad diferencial de las mujeres.
- Actuación coordinada de los planes autonómicos de sida y de drogas, los servicios sociales y los centros penitenciarios de su territorio.
- Compartir la información, la experiencia y los ejemplos de buena práctica con otros países, con los organismos internacionales y con la comunidad científica internacional.

Referencias

- ¹⁴⁹ Servicio de Drogodependencias, Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. **Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios, Memoria 2005**. Ministerio del Interior. Madrid, 2007.
- ¹⁵⁰ SIVES 2005. **Sistema integrado de vigilancia epidemiológica de SIDA/VIH/ITS de Cataluña. Informe anual del CEESCAT**. Documento técnico nº 18. Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña. Barcelona, 2006.
- ¹⁵¹ Stöver H, Hennebel LC, Casselmann J, for The European Network of Drug Services in Prison (ENDSP). **Substitution Treatment in European Prisons. A study of policies and practices of substitution in prisons in 18 European countries**. Cranstoun Drug Services Publishing. Oldenburg, 2004.
- ¹⁵² Dirección General de Instituciones Penitenciarias/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias (EDSIP, 2006)**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- ¹⁵³ Soto JM, Ruiz I, Olry de Labry A, Castro JM, Girela E, Anton JJ. **Adherence to Antiretroviral Treatment in Prisons**. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 2005, 21(8): 683-688.
- ¹⁵⁴ **CAPRI: Calidad asistencial en prisiones**. Documento de consenso. Scientific Communication Management. Madrid, 2002.
- ¹⁵⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Informe del cuestionario de actividades de prevención del VIH en las comunidades autónomas (ICAP 2005)**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.
- ¹⁵⁶ Black E, Dolan K, Wodak A. **Supply, Demand and Harm Reduction Strategies in Australian Prisons: Implementation, Cost and Evaluation. A report prepared for the Australian National Council on Drugs**. Australian National Council on Drugs. Sydney, 2004.
- ¹⁵⁷ Dirección General de Instituciones Penitenciarias. **Tratamientos antirretrovirales. Infección VIH y hepatitis C**. Encuestas de prevalencia mayo y noviembre 2003. DGIP. Madrid.
- ¹⁵⁸ Correctional Service Canada (2004). **Commissioner's Directive 821: Management of Infectious Diseases**. CSC. Ottawa, 2004.
- ¹⁵⁹ Post JJ, Dolan K *et al*. **Acute hepatitis C virus infection in an Australian prison inmate: tattooing as a possible transmission route**. *Medical Journal of Australia*, 2001;174:183-184.
- ¹⁶⁰ WHO. **HIV in prisons. A reader with particular relevance to the newly independent states**. World Health Organisation Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001.

13. Medio sanitario

Atención primaria y especializada

La asistencia sanitaria debe ir más allá del diagnóstico y la instauración de los tratamientos y ha de abordar otros aspectos relacionados con los hábitos de vida de los pacientes y la salud pública.

La prevención del VIH debe abordarse desde el diagnóstico precoz, la detección de prácticas de riesgo y la educación sanitaria que promueva la adopción de prácticas más seguras, y debe hacerse desde toda la red asistencial, pero especialmente en atención primaria, en las unidades de atención para VIH, en las unidades asistenciales de drogodependencias y de tuberculosis, en los centros de planificación familiar, consultas para jóvenes, unidades de obstetricia y ginecología y centros de ETS (Tabla 7), algunas de ellas ya tratadas en capítulos anteriores. Otros servicios que desempeñan un papel importante, especialmente en la profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional, son las unidades de medicina preventiva y los servicios de urgencias hospitalarias, así como los servicios de prevención de riesgos laborales.

Tabla 7. Servicios de elección para la prevención de VIH en la asistencia sanitaria

- Atención primaria
- Unidades de atención para VIH
- Unidades asistenciales de drogodependencias
- Unidades de tuberculosis
- Centros de planificación familiar
- Consultas para jóvenes
- Unidades de obstetricia y ginecología
- Centros de ETS

La atención primaria es un dispositivo privilegiado de amplia cobertura para detectar precozmente conductas de riesgo y casos de infección por VIH

La historia clínica debe detectar prácticas de riesgo en personas que acuden a consulta por otros motivos, por lo que los servicios de atención primaria son un dispositivo privilegiado de amplia cobertura para detectar precozmente conductas de riesgo y casos de infección por VIH¹⁶¹, y para modificar eficazmente las actitudes y las conductas hacia la adopción de prácticas sexuales más seguras.

La atención primaria es el recurso sanitario que elige casi un tercio de la población para hacerse la prueba diagnóstica del VIH¹⁶², por lo que deben intensificarse las medidas para sensibilizar a los profesionales sanitarios y aumentar su implicación a la hora de normalizarla y ofertarla. En la actualidad se pierden multitud de oportunidades para la prevención y el diagnóstico precoz en los servicios primarios de salud, con los que entran en contacto jóvenes, inmigrantes y otros que habitualmente no acuden a otros proveedores.

Las unidades de atención al VIH son el marco más idóneo para abordar la adherencia a las medidas preventivas en las personas VIH+ y fomentar el diagnóstico precoz en los contactos, que se desarrolla en el capítulo de prevención positiva.

La vía parenteral es la vía de transmisión del VIH de mayor eficacia, por ello las unidades que prestan atención a drogodependientes continúan teniendo un papel primordial en la prevención del VIH, parenteral y sexual, de los drogodependientes y de sus parejas, y en el diagnóstico precoz de la infección. Además, es importante contemplar el tratamiento de las drogodependencias como parte fundamental de la prevención del VIH, y procurar que estos dispositivos provean de manera integrada todos aquellos servicios necesarios para la correcta atención de las personas que acuden a ellos, tal y como aparece en el capítulo de prevención en personas que se inyectan drogas.

El diagnóstico de una ITS suele ser un marcador de prácticas sexuales no seguras, por lo que es un momento idóneo para intervenir sobre la adquisición de prácticas de menor riesgo, sin olvidar que suponen un riesgo tanto de transmisión como de adquisición de la infección, por lo que los centros de ETS continúan siendo un lugar primordial para el diagnóstico y la prevención del VIH.

Las intervenciones deben por tanto estar dirigidas a sensibilizar a los profesionales sanitarios y facilitar su implicación a la hora de promocionar conductas sexuales seguras, detectar precozmente prácticas sexuales de riesgo de infección por VIH y normalizar la oferta de la prueba diagnóstica del VIH. El personal sanitario debe además conocer los problemas relacionados con el estigma y la discriminación a las personas con VIH y su incidencia en todos los aspectos de la infección.

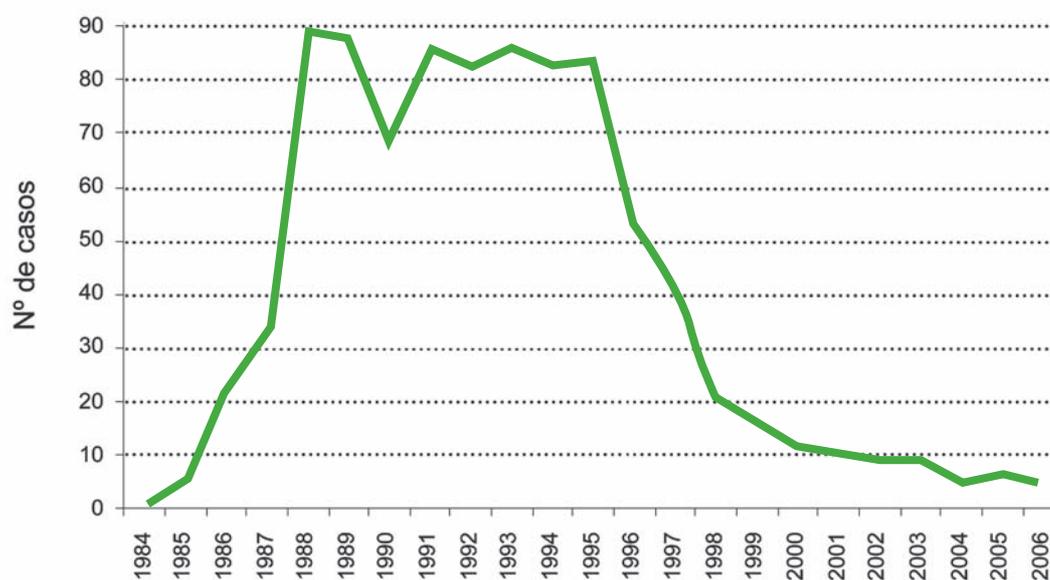
Asimismo, es de gran importancia la colaboración y el desarrollo de sinergias entre los servicios primarios de salud y las ONG y asociaciones que ofrecen información y consejo, en particular sobre la profilaxis postexposición no ocupacional.

Prevención de la transmisión vertical

Las mujeres con VIH pueden transmitir la infección a sus hijos durante el embarazo, en el momento del parto o durante la lactancia. Este riesgo está cifrado en un 13-48%, pero se reduce a menos de un 2% gracias a un conjunto de medidas. Estas son el uso de fármacos para disminuir la carga viral, la reducción de la exposición del niño a la sangre y secreciones maternas mediante la cesárea programada o el parto rápido, evitando manipulaciones invasoras, la lactancia artificial y la administración de tratamiento profiláctico ARV al niño¹⁶³. El abordaje del VIH durante el embarazo requiere encontrar un equilibrio entre las necesidades de salud de la madre, la necesidad de prevenir la transmisión vertical y los posibles efectos adversos de los ARV sobre el feto¹⁶⁴. Asimismo es importante reforzar la capacidad de decisión de la madre en todo el proceso mediante la información, la educación y el counseling¹⁶⁵.

En España se ha producido un descenso muy importante de los casos de sida pediátrico, pero continúan apareciendo cada año un número pequeño de ellos, como consecuencia de controles inadecuados en mujeres afectadas por el VIH, por retraso diagnóstico en las mujeres embarazadas o por la pérdida de oportunidad de aplicar las medidas existentes (Figura 15). Estudios realizados en nuestro país revelan tasas de transmisión vertical del 2,67%, aunque estas cifran disminuyen considerablemente si la madre conocía previamente su condición de VIH+¹⁶⁶. Por otro lado, y aunque no son datos extrapolables al conjunto del estado, la prevalencia de VIH en madres de recién nacidos se mantiene estable ligeramente por encima del 1/1000¹⁶⁷.

Figura 15. Casos de sida de transmisión madre-hijo corregidos por retraso en la notificación. España, 1984-2006. Actualización a 31/12/06



Fuente: Registro Nacional de Sida. SPNS/CNE.

La prevención de la transmisión perinatal de la infección por el VIH no debe abordarse únicamente desde el empleo de los fármacos antirretrovirales, sino que debe apoyarse en una planificación responsable de los embarazos tanto en las mujeres con VIH como en las que no están infectadas, así como de sus parejas, la promoción de la educación sanitaria y la prevención de la transmisión sexual del VIH y del resto de ITS, el diagnóstico precoz de la infección en las mujeres en edad fértil, y el consejo adecuado a todas aquellas mujeres que son diagnosticadas durante el embarazo, donde se aborden todas las posibilidades que existen tanto para continuar con el embarazo como para interrumpir voluntariamente el mismo.

La prueba del VIH, voluntaria y acompañada de consejo, debe formar parte de los programas de salud reproductiva y planificación familiar, de manera que se ofrezca a todas las mujeres la oportunidad de conocer su estado serológico respecto al VIH antes de la concepción.

Para una correcta prevención de la transmisión vertical de la infección por el VIH es imprescindible el conocimiento de la situación de infectada por parte de la mujer embarazada, por ello es obligado ofrecer a toda mujer embarazada, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos, la realización de la serología frente al VIH como parte del cribaje rutinario que se hace de todas las enfermedades que pueden afectar al recién nacido. Este test deberá realizarse siempre de forma voluntaria, garantizando la confidencialidad de los resultados.

La realización del diagnóstico en una fase temprana del embarazo supone la oportunidad de realizar las intervenciones necesarias para disminuir el riesgo de transmisión, pero es necesario realizar el test del VIH, aunque sea con posterioridad, en aquellas mujeres en las que no se haya realizado antes, y siempre de forma voluntaria y confidencial. También hay que realizar un correcto seguimiento de los embarazos de las mujeres con

prácticas de riesgo, no sólo con la repetición del test, sino en relación a otras necesidades que puedan presentar, como el acceso ágil a programas de metadona, atención psicológica etc. Para ello es imprescindible la coordinación entre los diferentes servicios sanitarios que las atiendan.

Desde 1996, la SPNS, en colaboración con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), recomienda que a toda embarazada se le ofrezca de forma sistemática la prueba del VIH¹⁶⁸, pero existen estudios que indican la existencia de subdiagnóstico¹⁶⁸, y el diagnóstico perinatal debe mantenerse como prioridad en los programas de atención al embarazo y de salud materno-infantil en general. Para esto es esencial continuar con la colaboración de las sociedades científicas implicadas, especialmente con la SEGO, cuyos profesionales están directamente implicados en la atención de estas mujeres y son los que deben ofrecer la prueba y estar capacitados y formados para proporcionarles el consejo adecuado.

En aquellos partos en los que no exista constancia de ningún tipo de control médico durante el embarazo debe contemplarse la realización de test de diagnóstico rápido, voluntario y confidencial, con el fin de poder instaurar inmediatamente las medidas profilácticas al recién nacido y el tratamiento adecuado de la infección en la madre.

Finalmente, es preciso investigar individualmente cada uno de los casos de sida en recién nacidos para detectar posibles problemas de falta de accesibilidad al sistema sanitario por parte de algunos colectivos, y diseñar estrategias para educar a las mujeres sobre la importancia del diagnóstico precoz del VIH, especialmente en aquellas en edad fértil.

Transmisión del VIH en el medio sanitario

Las personas que trabajan en centros sanitarios pueden verse expuestas accidentalmente a fluidos biológicos susceptibles de transmitir enfermedades, principalmente cuando se ven involucrados objetos punzantes o se producen salpicaduras de sangre u otros fluidos. La mayoría de estos accidentes puede evitarse utilizando los materiales de manera correcta.

Las situaciones que están asociadas con la adquisición de la infección por VIH en el medio laboral son: heridas profundas, agujas usadas directamente en venas o arterias de los pacientes, instrumental visiblemente contaminado con sangre de los pacientes y el contacto con los enfermos terminales¹⁶⁹. Se estima que el riesgo medio de infección por exposición percutánea a sangre infectada por el VIH es de un 0,3-0,4%, dependiendo del tipo de exposición, el instrumental involucrado, la infectividad de la fuente, etc., mucho menor que en el caso de los virus de las hepatitis B o C.

La mejor estrategia preventiva se basa en la formación e información de los trabajadores sanitarios, -incluyendo formación para eliminar el estigma y la discriminación-, y en el cumplimiento de las precauciones universales junto con unas prácticas de trabajo correctas, considerando toda muestra como potencialmente infecciosa y completándola con la profilaxis postexposición cuando sea necesaria¹⁷⁰. En el caso de trabajadores sanitarios que accidentalmente se pincharon con una aguja en el desempeño de su labor profesional, el tratamiento temprano con AZT se asoció con un 81% de disminución del riesgo de adquisición del VIH¹⁷¹. La protección de los trabajadores es una obligación, y estas medidas deben estar disponibles y ofrecerse en todos los centros sanitarios cuando se produzca un accidente. No está justificado negar ningún tipo de tratamiento a las personas

con VIH, y hacerlo constituiría una vulneración de los derechos humanos y un grave acto de discriminación. Periódicamente la SPNS emite recomendaciones elaboradas por grupos de expertos sobre las indicaciones, combinaciones de elección y pautas de la profilaxis postexposición.

Por otra parte, aunque la transmisión por parte del personal sanitario al paciente también es posible, toda la información disponible demuestra que el riesgo es muy bajo. La mayoría de las intervenciones que se realizan no suponen riesgo de transmisión, y el riesgo en los procedimientos invasores también se puede prevenir mediante la aplicación sistemática de las precauciones universales y de los procedimientos generales de control de la infección.

Profilaxis postexposición no ocupacional (PPENO)

El riesgo de que una persona se infecte por el VIH va a depender de la probabilidad de que la fuente sea VIH positiva y del riesgo de la exposición. Además de las características de la exposición, influirán la infectividad de la fuente y la susceptibilidad individual. Así, factores como una alta carga viral en la persona fuente, la presencia de una ITS, o de una lesión genital, tanto en la persona expuesta como en la fuente, y la existencia de sangrado o de menstruación durante una relación sexual incrementan el riesgo de transmisión del VIH^{172, 173, 174}.

Los estudios en animales sugieren que la PPE es potencialmente efectiva y que tanto el momento del inicio como la duración de la misma son importantes¹⁷⁵. Los estudios realizados para prevenir la transmisión vertical observan que, aunque la reducción de la carga viral de la madre parece ser el principal factor de efectividad, la profilaxis que recibe el neonato tiene un efecto adicional que le protege contra la infección por el VIH de la madre^{176, 177}.

La importancia de la precocidad en la instauración de la PPENO pone de relieve la necesidad de una mejor información

La PPE tras una exposición sexual al VIH se ha mostrado eficaz en estudios realizados en hombres con prácticas homosexuales¹⁷⁸, en mujeres víctimas de una agresión sexual¹⁷⁹ y en inyectores de drogas¹⁸⁰. Igualmente existen algunos casos individuales que demuestran la eficacia de la PPE (transfusión sanguínea e inseminación)^{181, 182}.

Los datos disponibles actualmente demuestran que la terapia antirretroviral iniciada tempranamente, preferiblemente en las seis primeras horas y siempre antes de transcurridas 72 horas tras la exposición al virus, y administrada durante 28 días, puede reducir el riesgo de infección por el VIH. La importancia de la precocidad en la instauración de la profilaxis después de la exposición pone de relieve la necesidad de una mejor información y educación sobre la PPENO para que tanto las personas con una posible exposición como el personal sanitario –incluyendo el de los centros penitenciarios–, reaccionen de forma rápida y puedan acompañarla de *counseling*. El tratamiento antirretroviral no garantiza que la infección no se produzca y, además, puede tener riesgos y efectos secundarios para la salud. Sólo se aconseja en personas con una exposición de riesgo esporádica y excepcional. Está desaconsejada cuando las prácticas de riesgo para el VIH son repetidas.

La SPNS, en colaboración con grupos de expertos, emite recomendaciones periódicas actualizadas sobre las indicaciones de la PPENO, que en la práctica aún no está suficientemente homogeneizada y normalizada. En 2007, está recomendada en los siguientes casos: 1) personas receptoras de una penetración anal desprotegida con fuente VIH positiva y 2) personas que

intercambian agujas o jeringuillas con fuente VIH positiva¹⁸³. Puede haber otras situaciones, ahora o en los próximos años, en las que la profilaxis deba considerarse. En cualquier caso, cada situación debe ser analizada de forma individualizada, y la decisión última tomada conjuntamente entre el médico y el paciente, una vez valorados los riesgos y los beneficios.

Objetivos

- W
- Normalizar en la práctica asistencial las actividades de prevención, educación sanitaria y detección precoz del VIH.
 - Implantar programas de prevención y diagnóstico precoz del VIH en los servicios de atención primaria con enfoque de género mediante, entre otras medidas, el uso de protocolos.
 - Promocionar medidas que aumenten la percepción del riesgo individual entre las mujeres.
 - Fomentar la incorporación del diagnóstico del VIH en los servicios de salud reproductiva y planificación familiar como parte de la planificación responsable de un embarazo.
 - Difundir e intercambiar experiencias y modelos de intervención en VIH y otras ITS entre las administraciones y las ONG.
 - Asegurar que la prueba de VIH, voluntaria y confidencial, se realiza de forma universal a las embarazadas.
 - Asegurar el acceso y la disponibilidad de los tratamientos y procedimientos sanitarios necesarios para disminuir el riesgo de transmisión vertical.
 - Investigar individualmente cada uno de los casos de infección por VIH en recién nacidos para detectar y corregir causas evitables como el retraso diagnóstico en el embarazo.
 - Fomentar la formación del personal sanitario sobre las prácticas correctas dentro del medio laboral dirigidas a evitar exposiciones accidentales.
 - Sensibilizar al personal sanitario sobre los problemas relacionados con el estigma y la discriminación y su incidencia en distintos aspectos de la infección por VIH.
 - Garantizar la disponibilidad de tratamiento profiláctico post exposición en los casos en los que esté indicado, mediante la formación del personal sanitario, y la elaboración de recomendaciones, guías y protocolos, en colaboración con expertos y sociedades científicas.

Referencias

¹⁶¹ **Plan de actuaciones frente al VIH-SIDA en la Comunidad de Madrid 2005-2007.** Salud Madrid/ Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid, 2005.

¹⁶² Instituto Nacional de Estadística / Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003.** Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.

¹⁶³ Iribarren JA, Ramos JT, Guerra L, Coll O, de José MI, Domingo P *et al.* **Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la mujer embarazada. Recomendaciones de GESIDA-SEIMC, Asociación española de pediatría (AEP), Plan Nacional sobre el Sida y Sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO).** *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19: 314-335.

¹⁶⁴ British HIV Association. **Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention**

of mother to child transmission of HIV. BHIVA, 2005.

- ¹⁶⁵ Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. **VIH, Embarazo y Salud Femenina.** gTt. Barcelona, 2006.
- ¹⁶⁶ **SIVES 2005. Informe epidemiológico anual CEESCAT.** Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del SIDA/VIH/ITS en Cataluña (SIVES) Documento Técnico nº 18. Barcelona, 2006.
- ¹⁶⁷ Plan Nacional sobre el Sida. **Estudio anónimo y no relacionado sobre prevalencia de anticuerpos anti-VIH 1 y 2 en recién nacidos de 8 Comunidades Autónomas, 1996-2005.**
- ¹⁶⁸ Ochoa C, Brezmes P *et al.* **Anonymous serological screening for HIV infection in umbilical cord blood by pooled-batch system.** *An Esp Pediatr* 1999;50:603-6.
- ¹⁶⁹ Riddell LA, Sherrard J. **Blood-borne virus infection: The occupational risk.** *Int J STD AIDS* 2000; 11:632-639.
- ¹⁷⁰ Centres for disease control and prevention. **Updated US Public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis.** *MMWR* 2001; 50: 1-42.
- ¹⁷¹ Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA *et al.* **A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure.** *N Engl J Med* 1997;337:1485-90.
- ¹⁷² Gray R, Wawer MJ, Brookmeyer R *et al.* **Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1 discordant couples in Rakai, Uganda.** *Lancet* 2001;357:1149-53.
- ¹⁷³ Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N *et al.* **Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1.** *N Engl J Med* 2000;342:921-9.
- ¹⁷⁴ Rottingen JA, Cameron DW, Garnett GP. **A systematic review of the epidemiologic interactions between classic STDs and HIV: How much is really known?** *Sex Transm Dis* 2001;28:579-97.
- ¹⁷⁴ Tsai CC, Fransen K, Diallo MO *et al.* **Effectiveness of postinoculation PMPA Treatment for Prevention of Persistent SIV Infection Depends Critically on Timing of Initiation and Duration of Treatment.** *J Virol* 1998;72:4265-73.
- ¹⁷⁵ Sperling RS, Shapiro DE, Coombs RW *et al.* **Maternal viral load, zidovudine treatment, and the risk of transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant.** *N Engl J Med* 1996;335:1621-9.
- ¹⁷⁶ Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA *et al.* **Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial.** *Lancet* 1999;353:773-80.
- ¹⁷⁷ Praca Onze Study Team. **Behavioural impact, acceptability, and HIV incidence amongst homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35:519-25.
- ¹⁷⁸ Schechter M. **Occupational and sexual PEP benefit/risk?** 6th International Conference on Drug Therapy in HIV Infection, 2002. Glasgow, UK (abstr. PL 6.1).
- ¹⁸⁰ Kahn JO, Martin JN, Roland ME *et al.* **Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP Study.** *J Infect Dis* 2001;183:707-14.
- ¹⁸¹ Katzenstein TL, Dickmeiss E, Aladdin H *et al.* **Failure to develop HIV infection after receipt of HIV-contaminated blood and postexposure prophylaxis.** *Ann Intern Med* 2000;133:31-4.
- ¹⁸² Bloch M, Carr A, Vasak E, Cunningham P, Smith D, Smith D. **The use of human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis after successful artificial insemination.** *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:760-1.
- ¹⁸³ MMWR. **Antiretroviral Postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States.** Recommendations and reports. *MMWR*, 2005/54(RR02);1-20.

14. Prevención en personas con VIH

Reforzar las actividades de prevención dirigidas a las personas con VIH es una de las prioridades de este plan multisectorial. Está demostrado que las personas diagnosticadas de infección por VIH adoptan con mayor frecuencia las medidas necesarias para prevenir la transmisión del VIH a otras personas¹⁸⁴, y aunque hay estudios que presentan resultados contradictorios, parece que la adopción de estas medidas se mantiene en el tiempo^{184, 185}. Se estima que el conocimiento del estado serológico y la consiguiente modificación de conductas pueden reducir en un 30% las nuevas infecciones por vía sexual al año¹⁸⁶. Esto significa que el diagnóstico temprano de la enfermedad en un país como el nuestro, en el que un 25-30% de las personas con VIH desconoce que está infectada, conseguiría disminuir el impacto de la epidemia considerablemente.

Aunque muchas personas con VIH modifican sus comportamientos de riesgo al conocer su estado serológico, una parte de ellas considera que es difícil conseguir estos cambios¹⁸⁷, y es necesario realizar intervenciones dirigidas a disminuir estos comportamientos, a reducir los riesgos y los daños, a facilitar la comunicación de la exposición a las parejas recientes y a mantener y reforzar las conductas sexuales seguras, en particular aquellas que contienen componentes de motivación y de educación en habilidades de vida, especialmente las interpersonales¹⁸⁸.

La mayoría de las personas con VIH está en contacto con el sistema sanitario, y este contacto es reiterado y generalmente marcado por una estrecha relación entre personal sanitario y paciente. Pocos equipos sanitarios son valorados por los pacientes tan positivamente como los que atienden a las personas con VIH. La oportunidad única que ofrece este contacto tan estrecho ha hecho que durante largos años, un elemento tan esencial para la prevención como lo es la prevención en personas con VIH se haya mantenido limitada casi exclusivamente a este ámbito, a pesar de no haber recibido una formación específica para ello y de la evidencia creciente de que no era suficiente¹⁸⁹. A pesar del impacto que previsiblemente pueden tener las intervenciones preventivas en personas con VIH, a lo largo de la epidemia sólo una parte muy pequeña de los recursos asignados a la prevención se ha destinado a ellas, quizá por la aparente contradicción de prevenir en personas ya infectadas¹⁹⁰.

Prevención positiva

Como ya se ha indicado, una parte muy importante de las personas infectadas ignora que lo está, y cómo resolver este problema es una prioridad que se trata en el apartado referente al diagnóstico precoz mediante la promoción de la prueba, voluntaria y con consejo asistido, la indicación adecuada desde los servicios sanitarios y la mejora de la accesibilidad diversificando la oferta. Aquí se aborda únicamente la prevención de la transmisión del VIH desde y con las personas que ya están infectadas, lo que se ha llamado prevención positiva.

La prevención positiva tiene cuatro ejes claves en su intervención con personas con VIH, proteger la salud sexual, evitar nuevas ITS, retrasar el progreso de la enfermedad

y evitar la transmisión de la infección. Este continuo entre prevención y atención ha de tener en cuenta estrategias basadas en la protección y promoción de los derechos -tales como la confidencialidad o la privacidad-, y ser conscientes de la inequidad y desigualdad de las relaciones sociales –pobreza, exclusión o roles de género-. Las estrategias orientadas a reducir la transmisión de la infección no pueden desligarse del resto, en la medida en que los factores que han puesto a la persona en situación de riesgo frente al VIH no desaparecen después del diagnóstico, e incluso pueden incrementarse. Por ello el abordaje ha de ser integral, dirigido al autocuidado de las personas con VIH y facilitando el compromiso social y su participación.

Ejes de la prevención positiva: proteger la salud sexual, evitar nuevas ITS, retrasar el progreso de la enfermedad y evitar la transmisión

Para abordar efectivamente la prevención en personas con VIH la primera condición es partir de un abordaje respetuoso con los derechos humanos y además contar con las personas infectadas. Su participación contribuye a asegurar que el refuerzo de este aspecto de la prevención no tendrá como consecuencia la victimización, la culpa y, en suma, una mayor estigmatización.

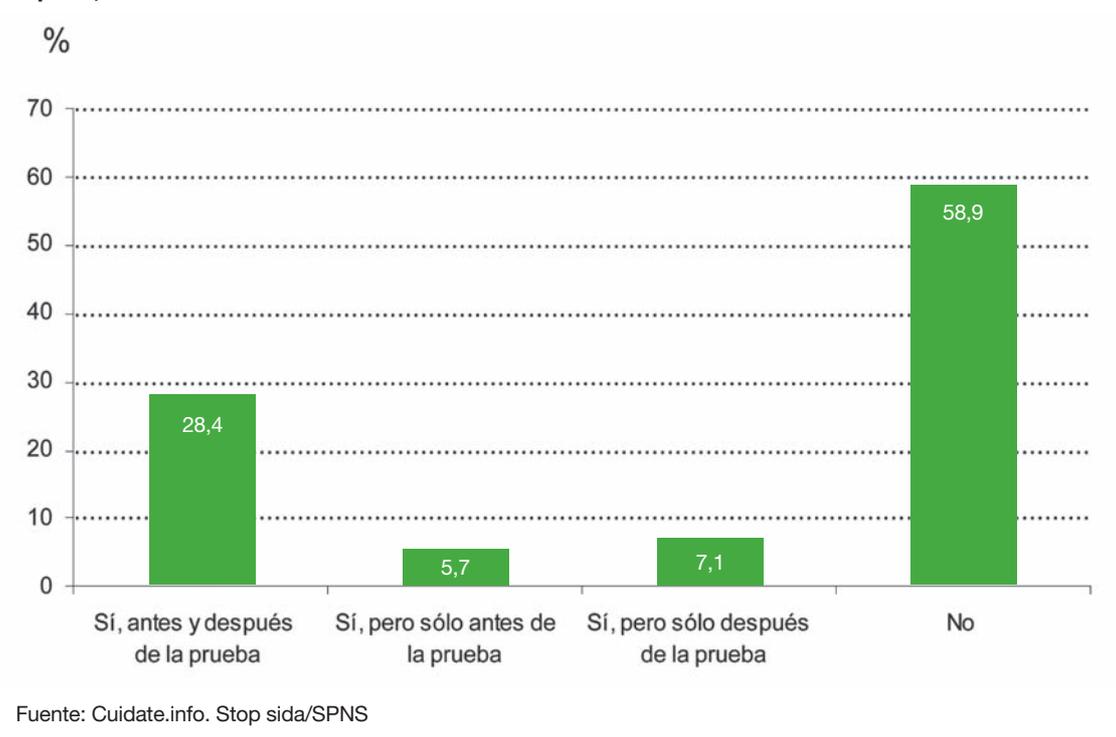
La lucha contra el estigma y la discriminación, que se trata en otro capítulo, es una de las estrategias claves para la prevención positiva. Cada vez que se produce una nueva infección por VIH hay un transmisor que probablemente podía haberlo evitado, pero también puede hacerlo su pareja, y es necesario seguir trabajando la prevención así como el contexto social que pone a las personas en situación de riesgo.

La prevención de otras infecciones de transmisión sexual, así como su diagnóstico y tratamiento son esenciales en la prevención de nuevas infecciones y superinfecciones por el VIH, con el consecuente deterioro de la calidad de vida, aumento de la morbi-mortalidad y aparición de multirresistencias. Las ITS favorecen tanto la transmisión de la infección como la vulnerabilidad a la misma, y deben constituir una de las estrategias de la prevención positiva.

Al disminuir la carga viral disminuye la transmisión^{191, 192, 193}. Las medidas dirigidas a aumentar la adherencia al tratamiento, que se aborda en otro capítulo, desempeñan un papel de creciente importancia en la prevención.

El consejo asistido o *counseling* pre y, sobre todo, post prueba es fundamental, al motivar a las personas con VIH a adoptar y mantener comportamientos saludables y de menor riesgo para la transmisión del VIH y de otras ITS, y es la primera oportunidad tras el diagnóstico de abordar estrategias preventivas (Figura 16). El *counseling* individual y el realizado en grupo, -que además facilita aspectos de soporte emocional-, han sido hasta ahora los más utilizados, pero no hay que olvidar otros medios desde los que se puede dar o complementar este servicio. Los teléfonos de información de VIH, los materiales audiovisuales o internet son algunos de ellos, con los que se pueden romper barreras de acceso a determinados grupos, y pueden utilizarse también en aquellas situaciones en las que se priorice la realización del test con el objetivo de no perder una oportunidad de diagnóstico. Las personas que viven con el VIH tienen un importante papel en el diseño y realización de estos programas, al aportar su experiencia, que debe acompañarse de programas de formación, apoyada por profesionales de la psicología, que las capacite para desarrollar esta actividad¹⁹⁴. En estas intervenciones de educación entre iguales no sólo pueden participar personas que tienen en común el ser VIH positivos, sino también parejas serodiscordantes, usuarios de drogas por vía intravenosa, hombres que tienen sexo con hombres y personas que ejercen la prostitución, a los que les será más fácil entender las características de los tipos de vida de las personas con las que van a intervenir.

Figura 16. Porcentaje de HSH que se había hecho la prueba que recibió consejo asistido. España, 2003



Una vez pasada esta primera etapa del diagnóstico, lo esencial es la adherencia a las medidas de prevención. Es mucho más fácil mantener y reforzar una conducta preventiva que cambiar una conducta inveterada de riesgo. Por ello es imprescindible empezar por saber qué es lo que las personas con VIH hacen desde el punto de vista de la prevención de la transmisión y prestarles el apoyo necesario para que puedan desarrollar una vida sexual sana y segura. La prevención, el tratamiento y los cuidados médicos y de soporte emocional deben estar interrelacionados. Las personas con VIH necesitan tener acceso tanto a los cuidados médicos como a servicios que les ayuden a adoptar y mantener comportamientos saludables. Estos servicios deben estar diversificados de modo que atiendan necesidades individuales diferentes, y en ellos tienen distintos espacios las ONG y los profesionales sanitarios multidisciplinarios (médicos, personal de enfermería, psicólogos, educadores, farmacéuticos etc.).

El temor a que se conozca la condición de seropositividad al VIH y a sus consecuencias es obviamente la principal barrera para la adopción de conductas preventivas, y está condicionado por el estigma y la discriminación que aún se siguen produciendo. Las personas con VIH tienen la necesidad y el derecho a disfrutar de una vida sexual plena tal y como se desarrolla en el capítulo sobre calidad de vida de este plan multisectorial, y las intervenciones dirigidas a motivar a las personas para adoptar comportamientos sexuales seguros tienen que dar respuesta a las necesidades sexuales y emocionales y a los deseos de las personas. Para el correcto desarrollo de estos programas es necesario tener en cuenta la evidencia científica existente, pero no lo es menos la participación de las personas que viven con el VIH para conocer qué estrategias son las más efectivas en cada contexto, y éste es un campo en el que las ONG tienen una importante labor que desarrollar.

Las nuevas necesidades y expectativas de las personas con VIH han llevado a una reducción de los grupos de apoyo mutuo y de apoyo emocional (GAM y GAE) tal y como se conocían. Actualmente se trata de favorecer la creación de redes de educación entre iguales, donde las personas VIH positivas, con la debida formación, actúen como agentes de salud, siendo el medio sanitario, especialmente las consultas de VIH, un lugar adecuado para que se implanten este tipo de programas, que deberían tener un enfoque integral y contemplar aspectos tales como el VIH, comportamientos de menor riesgo de transmisión del VIH, prevención en parejas serodiscordantes, trabajar la motivación para involucrar a las personas en la prevención de la infección y la adherencia a los tratamientos y a las medidas preventivas¹⁹⁵.

Las parejas de personas con VIH siguen exponiéndose con frecuencia a un riesgo conocido. Según los datos de la Encuesta Hospitalaria en pacientes VIH/sida, sólo el 71,2% de los pacientes con VIH que convivían con una pareja y habían tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses había utilizado preservativo en la última relación sexual¹⁹⁶. No son nuevos los estudios que demuestran que el consejo en parejas serodiscordantes, sobre todo heterosexuales, es muy efectivo para prevenir la transmisión. El consejo en pareja tiene por objetivo que puedan decidir juntos y adoptar los cambios más adecuados en sus prácticas sexuales, evitando la culpabilización y valorando y gestionando adecuadamente los riesgos.

Es necesario garantizar el acceso a las medidas de prevención y a los tratamientos a aquellas personas en situación de exclusión social. Las personas con VIH a menudo son atendidas en dispositivos de atención social debido a la existencia de otros problemas asociados como la falta de vivienda, la escasez de recursos económicos, etc. Por eso es importante que estos servicios incluyan transversalmente intervenciones preventivas.

En la prevención de la transmisión sexual del VIH la responsabilidad es compartida. Se ha señalado que la responsabilidad de cada ciudadano en la protección de su salud y la de los demás está caracterizada por el tipo de relación con la pareja sexual, que oscilaría desde la responsabilidad total de protegerse uno mismo en una relación casual, por ejemplo en un cuarto oscuro, o con una pareja recién conocida, hasta la responsabilidad creciente de proteger al otro según aumenta el grado de compromiso con la pareja. En este continuo, las personas con VIH también tienen la responsabilidad de protegerse y de proteger a los demás, en este último caso acrecentada por la certeza de que pueden transmitir la infección.

Objetivos

- Potenciar la prestación de servicios que promocionen la salud sexual, eviten la aparición de nuevas ITS y favorezcan la adquisición y mantenimiento de comportamientos de menor riesgo para la transmisión de la infección en personas con VIH.
- Profesionalizar el consejo asistido o *counseling*, desarrollando actividades de formación, apoyadas por profesionales de la psicología, dirigidas a los profesionales sanitarios de atención primaria y especializada pertinentes, personas con VIH que trabajan como agentes de salud, asociaciones de grupos vulnerables, profesionales de los centros de atención a drogodependientes, centros de jóvenes y de ETS y teléfonos de información sobre sida, y extendiendo la participación de profesionales especializados.
- Diseñar, desarrollar y evaluar estrategias e intervenciones de prevención de la transmisión del VIH en personas con VIH que aborden la diversidad existente entre individuos y colectivos con VIH y sus parejas.

- Incorporar en los programas dirigidos a personas con VIH actividades que fomenten el cambio de actitudes de hombres y mujeres en relación a los modelos y roles de género que dificultan el uso del preservativo.
- Incrementar la proporción de pruebas diagnósticas de la infección por VIH que se acompaña de consejo asistido.
- Realizar el consejo asistido apropiado a las personas con VIH para promover el diagnóstico precoz de la infección en los contactos sexuales.
- Favorecer la adhesión a los tratamientos con el fin de retrasar la progresión de la enfermedad y disminuir la transmisión del VIH.
- Promocionar los programas de acercamiento o *outreach* a VIH+ con agentes de salud con VIH.
- Facilitar el acceso a material preventivo –informativo, educativo, condones y lubricantes-, a las personas con VIH.
- Asegurar la participación de las personas con VIH en el diseño y evaluación de todos estos programas con el fin de garantizar que se salvaguardan los derechos de los afectados.

Referencias

- ¹⁸⁴ Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. **Meta-Analysis of high-risk sexual behaviour in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States. Implications for HIV prevention programs.** *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005; 39 (4): 446-453.
- ¹⁸⁵ McGowan JP, Shah SS, Ganea CE, Blum S, Ernst JA, Irwin KL, Olivo N, Eeidle PJ. **Risk behavior for transmission of human immunodeficiency virus (HIV) among HIV-seropositive individuals in an urban setting.** *Clin Infect Dis* 2004; 38: 122-127.
- ¹⁸⁶ Marks G, Crepaz N and Janssen RS. **Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA.** *AIDS* 2006, 20: 1447 - 1450.
- ¹⁸⁷ Weinhardt LS, Kelly JA, Brondino MJ, et al. **HIV transmission risk behavior among men and women living with HIV in 4 cities in the United States.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 36: 1057-1066.
- ¹⁸⁸ Johnson BT, Carey MP, Chaudoir SR, Reid AE. **Sexual risk reduction for persons living with HIV. Research synthesis of randomized controlled trials, 1993-2004.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41: 642-650.
- ¹⁸⁹ **Stratégie de prévention de l'infection VIH/SIDA en France pour les années 2001-2004.** Direction Generale de la Santé. Paris, 2001.
- ¹⁹⁰ Cairns G. **Preventing HIV.** NAM. London, 2006.
- ¹⁹¹ Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N *et al.* **Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1.** *N Engl J Med* 2000;342:921-929.
- ¹⁹² Castilla J, del Romero J, Hernando V, Marincovich B, García S, Rodríguez C. **Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 40: 96-101.
- ¹⁹³ Mc Cormick AW, Walensky RP, Lipsitch M, Losina E, Hsu H, Weinstein MC, Paltiel AD, Freedberg KA, Seage III GR. **The effect of antiretroviral therapy on secondary transmission of HIV among men who have sex with men.** *Clin Infect Dis* 2007; 44: 1115-1122.
- ¹⁹⁴ UNAIDS/WHO. **UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing.** Junio 2004.
- ¹⁹⁵ International HIV/AIDS Alliance. **Prevention Strategies for People with HIV/AIDS.** *International HIV/AIDS Alliance* 2003.
- ¹⁹⁶ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Encuesta hospitalaria en pacientes VIH/Sida. Análisis de la Evolución 1996-2004.** Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Objetivo 2

Reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia

15. Estigma y discriminación

El sida, en sus orígenes, se relacionó con figuras y metáforas¹⁹⁷, todas ellas con connotaciones negativas, que vinieron a reforzar comportamientos de discriminación hacia colectivos ya marginados previamente^{198, 199}. Los medios de comunicación han tenido un papel fundamental en la construcción de estas representaciones e imaginarios que han ido conformando, junto con otros factores, la realidad social del VIH y del sida. El miedo, el rechazo y la ignorancia han provocado la estigmatización y la discriminación de las personas con VIH. Esta situación generó un movimiento asociativo fuerte que ha desarrollado un excelente trabajo en la defensa de los derechos de las personas con VIH y en la lucha contra la discriminación. Los logros obtenidos por las personas que viven con VIH/sida y las ONG de este sector han sido notables, aunque queda camino por recorrer.

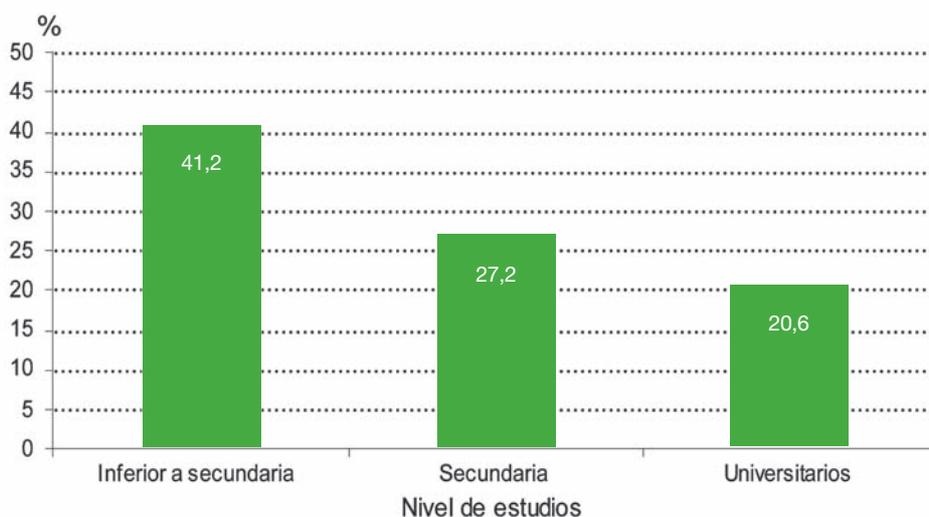
Desde la Primera Consulta Internacional sobre Sida y Derechos Humanos de 1989, la lucha contra la discriminación no sólo ha sido una exigencia derivada del entramado ético y normativo de la sociedad internacional, basada en los derechos humanos, sino que ha supuesto un elemento básico en la propia lucha contra la epidemia²⁰⁰.

En 1996 se celebró la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/sida y Derechos Humanos, en la que se llegó a unas pautas consensuadas²⁰¹ que determinan los principios y las actuaciones prácticas concretas para proteger los derechos humanos al diseñar y desarrollar políticas de salud pública relacionadas con el VIH. Doce directrices, actualizadas en 2002²⁰² y consolidadas en 2006²⁰³, marcan el camino para acabar con la discriminación de las personas con VIH.

Según los datos de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales en España del año 2003²⁰⁴, una de cada tres personas afirma que no trabajaría o estudiaría con una persona infectada por VIH (Figura 17). El rechazo que acompaña a la infección por VIH sigue diferencián-

El rechazo que acompaña a la infección por VIH sigue diferenciándola de otras patologías, aísla a las personas infectadas y puede generar discriminación

Figura 17. Porcentaje de personas de 18 a 49 años que no trabajaría o estudiaría en el mismo centro con una persona infectada por el virus del sida según nivel de estudios. España, 2003



Fuente: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. INE/SPNS

dola de otras patologías²⁰⁵, aísla a las personas infectadas, puede estar asociado con la pertenencia a grupos marginales y puede generar situaciones en las que no se respeta la equidad en el acceso al empleo o a determinados servicios²⁰⁶.

En 2005, la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España, FIPSE, patrocinó el primer estudio de ámbito nacional sobre la discriminación que sufren las personas con VIH/sida o aquellas a las que se les supone una seropositividad, tomando como base el Protocolo para la Identificación de Discriminación contra las Personas que Viven con el VIH²⁰⁷ diseñado por ONUSIDA en 2001.

Según los resultados del estudio FIPSE²⁰⁸, existe evidencia de que todavía siguen ocurriendo situaciones de discriminación de las personas que viven con VIH/sida, generalmente en el ámbito de la vida cotidiana. El análisis de la legislación española revela que ésta no es discriminatoria hacia las personas con VIH/sida. El análisis de reglamentos y protocolos internos ha observado casos de discriminación arbitraria en el ámbito laboral, en las normas que regulan la entrada y la residencia en España, el bienestar social, los seguros de vida y de asistencia sanitaria privados, en los servicios bancarios y en el acceso a determinados servicios públicos o privados, pero sólo casos concretos y aislados. En cambio, en el ámbito de la vida cotidiana sí se notificaron numerosos testimonios de prácticas discriminatorias, principalmente en la asistencia sanitaria y en el empleo. Del análisis se ha concluido que en España existe discriminación a las personas que viven con VIH en la vida cotidiana.

En la asistencia sanitaria las prácticas negativas que han recibido un mayor número de notificaciones son el trato diferenciado por razón del estado serológico respecto al VIH en el ámbito sanitario, tanto privado como del Sistema Nacional de Salud, incluyendo la sanidad penitenciaria.

En el ámbito del empleo, se puede destacar que las empresas son conscientes de que no se puede discriminar a una persona por su estado serológico. Sin embargo se han recibido notificaciones de cuyo análisis se concluye que la seropositividad dificulta el acceso y el mantenimiento del empleo en la vida cotidiana. La realización de la prueba de VIH y las consecuencias derivadas de un resultado positivo aparecen también como áreas sensibles donde podrían estar apareciendo situaciones de discriminación.

Además de estos dos ámbitos, se podrían mencionar otras situaciones discriminatorias detectadas, como la aplicación errónea del criterio de “enfermedad infecto-contagiosa” al VIH/sida para restringir el acceso a determinados servicios, como balnearios, residencias, pisos tutelados, becas de estudios, visados, etc. y la denegación o restricción en la contratación de seguros y, con ello, de acceso a créditos o hipotecas. El informe 2007 del Observatorio de Derechos Humanos y VIH/SIDA recoge igual número de consultas sobre vulneración de derechos en el área del bienestar social que en el área de empleo, superando ya a las del ámbito sanitario²⁰⁹.

Vivir sin temor

El estigma que experimentan las personas con VIH y las situaciones de discriminación a las que se ven expuestas tienen que ver fundamentalmente con una vulneración de los derechos humanos, lo cual justifica y obliga a tomar todas las medidas necesarias para que esto no suceda.

La influencia de los medios de comunicación en la opinión pública es indiscutible. De ahí la importancia del tratamiento que se dé a dicha información, los mensajes e imágenes que se utilicen, y la necesidad de, realmente, reflejar la realidad del tema que se aborda. Los medios se constituyen en un canal de transmisión y multiplicación de información gracias a su capacidad de llegar a millones de personas. Por ello, se debe trabajar con los medios de comunicación para que ofrezcan una imagen objetiva y digna del VIH, y para que, aprovechando su impacto educativo en la sociedad, desarrollen actividades de sensibilización y concienciación.

En el sistema educativo, desde el marco general de la educación en valores y en ciudadanía, hay que integrar la educación sobre VIH y el fomento de la solidaridad y el respeto en éste área.

Desde el punto de vista de la salud pública la estigmatización es, además de la vulneración de unos derechos fundamentales, un gran obstáculo en el tratamiento y la prevención del VIH²¹⁰ ya que puede actuar como facilitador de conductas de riesgo (miedo a reconocer la seropositividad, miedo a la realización de la prueba del VIH²¹¹, ocultación de prácticas de riesgo por parte de personas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad), lo cual hace más difícil realizar programas de prevención, facilitando la propagación de la epidemia. Asimismo, el estigma y la discriminación actúan como promotores de la invisibilidad del VIH, con lo que supone de dificultad añadida para la vigilancia epidemiológica del VIH y con ello, para la aplicación práctica de programas de prevención y control del VIH.

Por tanto, el VIH/sida es una enfermedad que presenta la peculiaridad, con respecto a otras enfermedades, de que conlleva estigma y discriminación en las personas con VIH, lo cual provoca una mayor vulnerabilidad tanto en ellas como en la población general. Mientras no se eliminen estos factores, el abordaje del VIH ha de ser excepcional e integral.

Hay estudios que muestran que la estigmatización puede reducirse con una variedad de estrategias de intervención que incluyen la información, el consejo, la adquisición de habilidades y el contacto con personas afectadas²¹². Hay que trabajar tanto con la población general (estigma confirmado y discriminación)²¹³ como con las personas que viven con VIH (estigma percibido) y con los profesionales de las instituciones sociales y sanitarias (prevención, sensibilización e intervención sobre el estigma confirmado y el estigma percibido).

En marzo de 2007, los ministros y representantes del Gobierno de la UE, entre los que se encontraba España, se han comprometido en Bremen a “respetar, actuar y cuando sea necesario, legislar para promocionar y garantizar los derechos humanos, incluyendo la lucha contra la discriminación y la estigmatización, especialmente de las personas que viven con el VIH/sida y aquellos más afectados por la epidemia en Europa y en los países vecinos: personas que se inyectan drogas y sus parejas, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, jóvenes, mujeres, migrantes, niños, personas en prisión, hombres y mujeres involucrados en la prostitución”²¹⁴.

Es necesario trabajar coordinadamente con las instituciones encargadas de velar por los derechos de las personas, comunidades autónomas y ONG, para desarrollar las estrategias más adecuadas para solucionar situaciones en las que hay constancia de que se produce discriminación hacia las personas con VIH.

Objetivos

- Garantizar una adecuada protección de las personas con VIH frente al estigma y la discriminación, fomentando la sensibilización e información, tanto a la población general como a los profesionales de las instituciones implicadas (sanitarias, educativas, servicios sociales y empleo), sobre los mecanismos de transmisión y las formas de prevención del VIH, así como sobre aquellos valores, creencias y actitudes que fomentan el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH o hacia las poblaciones más vulnerables.
- Incluir objetivos de lucha contra el estigma y la discriminación de forma transversal en todos los programas de prevención y atención a personas con VIH.
- Colaborar con las instituciones sanitarias y sociales para eliminar barreras en el acceso a los servicios a las personas con VIH.
- Colaborar con las instituciones educativas para que desarrollen programas de promoción de los derechos humanos, la tolerancia y la solidaridad hacia las personas con VIH dentro del marco general de educación para la ciudadanía.
- Fomentar, mediante la discusión e intercambio interdisciplinar e interinstitucional, la elaboración de recomendaciones y guías de buenas prácticas que respondan a las situaciones de discriminación identificadas.
- Sensibilizar y colaborar con los medios de comunicación para que ofrezcan una imagen objetiva y digna del VIH y desarrollen actividades de sensibilización y concienciación de la población.
- Potenciar el apoyo institucional a las organizaciones ciudadanas que trabajan para reducir la discriminación por VIH/sida.
- Empoderar a las personas con VIH para que no se produzca una autoexclusión, fomentando habilidades que ayuden a afrontar los efectos del prejuicio y del estigma.
- Promover el acceso a la información e intervención legal para situaciones de violación de derechos humanos por causa del VIH.
- Fomentar la investigación psicológica y social sobre las causas, efectos y formas de intervención sobre el estigma y la discriminación.

Referencias

- ¹⁹⁷ Sontag S. **La enfermedad y sus metáforas -El Sida y sus metáforas**. Suma de Letras SL, Madrid, 2003.
- ¹⁹⁸ Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. **Stigma, social risk, and health policy: public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness**. *Health Psychol.* 22(5):533–540.
- ¹⁹⁹ Parker R *et al.* **HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action**. Programa Horizontes, Washington 2002.
- ²⁰⁰ Centro de Derechos Humanos de Naciones Unidas/ Organización Mundial de la Salud (OMS). **Primera Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos**. Ginebra, 1989. (HR/PUB/90/2).
- ²⁰¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos / Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). **Segunda Consulta sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos**. Ginebra, 1996. (E/CN.4/1997/37).
- ²⁰² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos / Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). **El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales. Sexta directriz Revisada. Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo**. Ginebra, 2003. (ONUSIDA/03.01S).
- ²⁰³ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights / Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **International guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. 2006 consolidated version**. Geneva, 2006. (HR/PUB/06/9).

- ²⁰⁴ Instituto Nacional de Estadística / Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003.** Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.
- ²⁰⁵ Parras Vázquez F, Suárez Cardona M. **Sida, una crisis emergente y sostenida.** *Rev Adm Sanit* 2006;4(4):607-21.
- ²⁰⁶ Canadian Public Health Association. **Leading Together: Canada Takes Action on HIV/AIDS (2005-2010).** Ottawa, 2005.
- ²⁰⁷ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). **Protocolo para la Identificación de Discriminación contra las Personas que Viven con el VIH.** Colección prácticas óptimas del ONUSIDA. Ginebra, 2001. (ONUSIDA/01.71S).
- ²⁰⁸ Universidad Carlos III / Cruz Roja Española. **Discriminación y VIH/SIDA. 2005. Estudio Fipse sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o Sida.** Fipse, Madrid 2006.
- ²⁰⁹ **Observatorio de Derechos Humanos y VIH/SIDA. Informe 2007** (datos no publicados). Red2002.
- ²¹⁰ ONUSIDA. **Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA.** ONUSIDA, Ginebra, 2002.
- ²¹¹ Bruyn, T. **A plan of action for Canada to reduce HIV/AIDS-related stigma and discrimination.** Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2004. Canada.
- ²¹² Brown L, Trujillo L, Macintyre K. **Interventions to Reduce HIV/AIDS stigma. What have we learned?** Horizons Program. Tulane University. 2001.
- ²¹³ POLICY Project. **Siyam'kela: measuring HIV/AIDS related stigma. HIV/AIDS stigma indicators: a tool for measuring the progress of HIV/AIDS stigma mitigation.** Center for the Study of AIDS (University of Pretoria), United States Agency for International Development (USAID); and Chief Directorate: HIV/AIDS & TB, Department of Health, 2002.
- ²¹⁴ **Bremen Declaration on Responsibility and Partnership-** Together against HIV/AIDS. 2007.

16. Diagnóstico precoz

La epidemia oculta

De todos los nuevos casos de infección por VIH diagnosticados durante el período 2003-2005 en las 7 comunidades autónomas y una ciudad autónoma que disponen de información en España, el 40,1% presentaba ya una inmunosupresión severa al ser diagnosticados, con menos de 200 linfocitos CD4. Además, un 18,3% tenía entre 200 y 350 CD4. Sumando este porcentaje al anterior, podemos decir que un 58,4% de los casos eran ya susceptibles de estar en tratamiento antirretroviral al ser diagnosticados²¹⁵. Estas cifras son similares a las de muchos países europeos²¹⁶.

Se sabe que el retraso es inadmisiblemente alto en todas las categorías de transmisión y que, tras ajustar por otras variables sociodemográficas, los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de ser diagnosticados con retraso, y quienes habían adquirido la infección por relaciones heterosexuales tienen mayor retraso que quienes la habían adquirido por otras prácticas de riesgo²¹⁷.

En lo relativo al país de origen, no hay apenas diferencias entre inmigrantes y españoles en ninguna de las categorías de transmisión y, en cambio, al analizar por sexo y origen, el mayor porcentaje de diagnóstico tardío se da en hombres inmigrantes, donde alcanza un 45%, y el menor en mujeres inmigrantes, que baja al 32%. Respecto a los españoles, en los hombres es del 40% y en las mujeres del 35%²¹⁵.

No se dispone, sin embargo, de suficiente información relevante que permita caracterizar mejor los factores condicionantes del retraso en el diagnóstico y su importancia relativa en el mismo, ni hasta qué punto tiene que ver con una ausencia de percepción de riesgo en quienes realmente se han expuesto a la infección, con el miedo a la discriminación en caso de ser positivo, con el desconocimiento de las enormes ventajas de ser diagnosticado a tiempo, o de dónde, cuándo y en qué condiciones puede uno realizarse la prueba. Es necesario investigar más sobre la distribución diferencial de estos factores según las características sociodemográficas (edad, sexo, posición social, etc.) y las categorías de transmisión, así como por el tipo de servicios sanitarios por los que han pasado quienes se han expuesto a la infección, si el motivo de consulta podría haber hecho sospechar de la existencia de infección y si se les propuso o no hacerse la prueba, aunque sabemos que la gran mayoría de las pruebas de VIH se realiza en el marco de los servicios generales de salud²¹⁸.

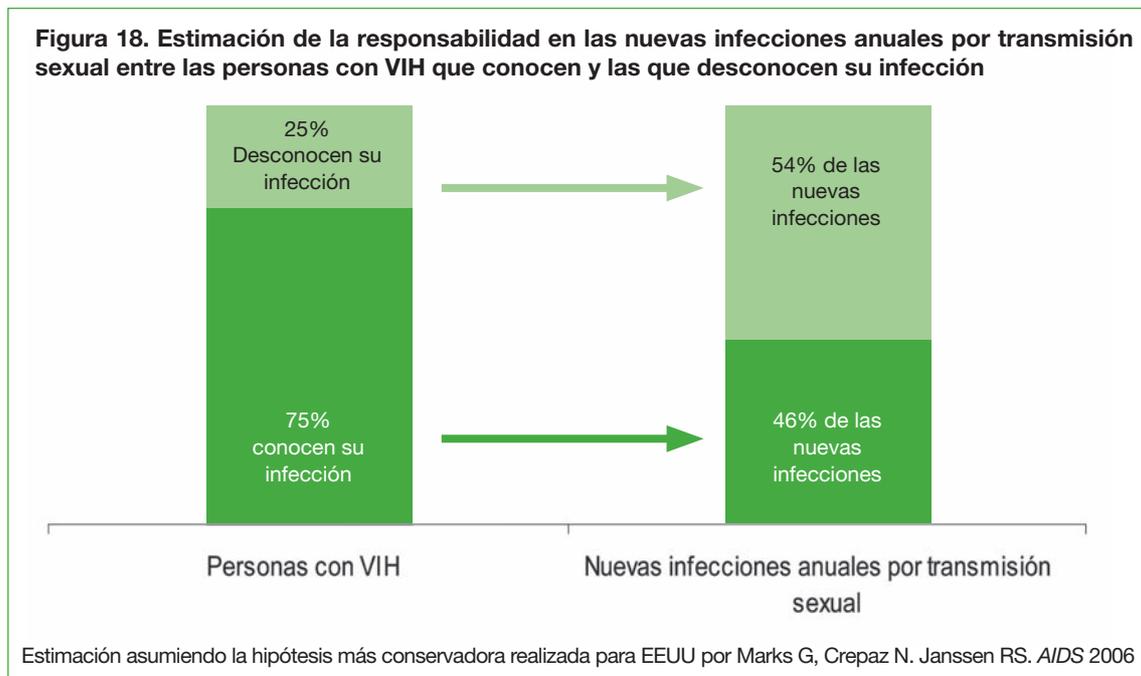
La principal barrera de acceso al tratamiento es hoy el retraso en el diagnóstico

Las personas que son diagnosticadas tardíamente de su infección no pueden aprovechar muchas de las ventajas que la terapia antirretroviral altamente efectiva proporciona, que han transformado esta enfermedad de una casi certera sentencia de muerte en una enfermedad crónica con una expectativa de vida potencialmente normal²¹⁹. Desde la perspectiva preventiva, hoy sabemos que las personas infectadas que desconocen su estado serológico tienen mayor prevalencia de prácticas sexuales de riesgo que quienes ya han sido diagnosticadas²²⁰. Además, los no tratados tienen unas viremias mucho más altas que las personas correctamente tratadas, por lo que es mayor la transmisibilidad, en especial durante la infección aguda²²¹. Por estas dos razones se ha estimado que, en EEUU, la tasa de transmisión era 3,5 veces más alta entre los que

desconocían su estado serológico que entre los ya diagnosticados²²². Como consecuencia, el 25% que desconocía su estado serológico era responsable de más de la mitad de todas las nuevas infecciones (Figura 18). Por tanto, las iniciativas orientadas a promover un diagnóstico precoz constituyen en la actualidad uno de los ámbitos más eficientes de control de la transmisión de la infección.

Las iniciativas internacionales

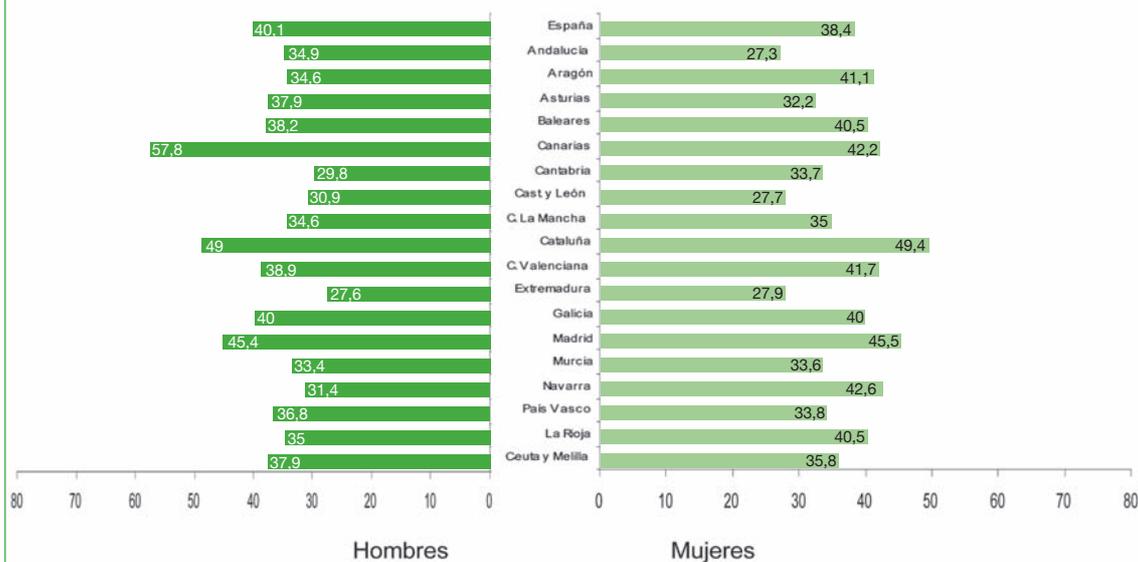
En septiembre de 2006 los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) revisaron a fondo sus recomendaciones sobre el test de VIH en adultos, adolescentes y embarazadas en los ámbitos de salud²²³. Esta revisión ha supuesto un importante cambio cualitativo, ya que por primera vez se abandona la excepcionalidad con la que hasta el momento se había abordado la oferta de la prueba de cribado de VIH, que exigía consentimiento informado expreso y consejo pre y post prueba. Se opta ahora por un enfoque similar al que se lleva a cabo para la mayoría de las pruebas analíticas: se informa de que se va a solicitar la prueba y se realiza salvo que el paciente exprese su negativa, sin el requisito del consejo. Además, el cribado de VIH se recomienda ahora en todas las personas de 13-64 años que acuden a los servicios de salud, independientemente de la existencia de prácticas de riesgo y de la prevalencia del área y, para las personas de alto riesgo, se recomienda un análisis anual. En las embarazadas, además del cribado universal que se venía recomendando, se indica un segundo análisis en áreas de alta prevalencia o personas con conductas de riesgo. Tanto en la población general como en embarazadas, el objetivo final es no perder ninguna posibilidad de diagnosticar a las personas infectadas, y ya se han publicado resultados positivos del coste-efectividad de estas intervenciones^{224, 225}



Representantes de los países miembros de la UE analizaron la conveniencia de adoptar o recomendar esta política en octubre de 2006 en el Centro Europeo para la Prevención de Enfermedades (ECDC). No se adoptó ninguna recomendación, sino que se concluyó que cada país tiene que tomar su propia decisión en el marco de su peculiar sistema de salud. El documento resultante recoge los retos, obstáculos, implicaciones éticas y efectos secundarios que una política que acabase con la excepcionalidad podría conllevar, aunque señala que muchos participantes indicaban que era el momento de “bajar el listón” para facilitar que las personas acudan a hacerse la prueba y que los clínicos puedan prescribirla. Se indica que existen muy buenas razones para abordar el VIH/sida como una enfermedad infecciosa más, que puede ser diagnosticada antes de que desarrolle complicaciones, se puede detectar con pruebas fiables, baratas y no invasivas, su tratamiento a tiempo puede conllevar la ganancia de muchos años de vida y, finalmente, su cribado, prevención y tratamiento tiene un buen coste-beneficio. Los obstáculos o consideraciones que deben tenerse en cuenta y no subestimar antes de abandonar la mencionada excepcionalidad están relacionados fundamentalmente con los derechos humanos, la privacidad, la autonomía personal y la estigmatización.

España es uno de los países de la UE en los que tiene más sentido plantear políticas innovadoras en este campo, aproximándose al fin de la excepcionalidad, pues presenta una de las prevalencias de infección más elevadas y por tanto el beneficio potencial sería mayor y probablemente determinante en el control de la epidemia. Hay que considerar además que, según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, en España sólo un 10,4% de la población se ha hecho la prueba para saber si está infectada, es decir, excluyendo las pruebas que se hacen por el embarazo, en las donaciones de sangre o por motivos ajenos a la salud²²⁶. Además, existen notorias diferencias entre CCAA, aunque no se ha analizado en qué medida dichas diferencias están relacionadas con una mayor prevalencia de prácticas de riesgo (Figura 19).

Figura 19. Porcentaje de personas de 18 a 49 años que se ha realizado la prueba del VIH alguna vez en la vida según sexo y comunidad autónoma. España, 2003.



Fuente: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. INE/SPNS

Priorizar el diagnóstico precoz puede ser la estrategia más eficiente a corto plazo para disminuir la incidencia de nuevas infecciones. Por otro lado, en el indispensable balance entre esta necesidad evidente en el ámbito de la salud pública en España y los eventuales efectos secundarios más negativos del fin de la excepcionalidad estamos en una posición ciertamente ventajosa. Aquí fue retirada la propuesta de penalización de la transmisión de la infección en 1992, y no parece probable que pueda hacerse en el contexto jurídico y social en el que se sitúa el problema en nuestro país en estos momentos. La prueba se entiende primordialmente como parte del derecho de la persona a obtener información sobre su propia salud. Además, cualquier persona diagnosticada de infección por VIH tiene derecho a tratamiento gratuito, lo que no sucede en todos los países de la Unión²²⁷. La penalización de la transmisión y la falta de acceso al tratamiento fueron las circunstancias de mayor trascendencia aducidas en el informe del ECDC²²⁷ para no considerar en Europa el fin del excepcionalismo.

En mayo de 2007, OMS/ ONUSIDA han recomendado también la estrategia de normalización de la prueba de VIH desde los centros sanitarios, reduciendo las exigencias a las requeridas para otras pruebas analíticas similares que no presentan riesgo para el paciente: información de que se va a realizar salvo que el paciente expresamente indique su oposición a que se lleve a cabo. Sólo recomienda algunas cautelas en personas y situaciones en las que la revelación del estatus serológico puede conllevar riesgos suplementarios. Sin embargo, en aquellos países con una prevalencia baja en la población general pero alta en algunas subpoblaciones, como es el caso de España, por motivos de eficiencia no se recomienda la realización generalizada de la prueba en un determinado segmento de edad, sino en los pacientes que acuden a determinados centros o servicios sanitarios como los centros de ETS, centros de atención a drogodependientes, unidades de tuberculosis, servicios de atención prenatal o programas outreach de atención a los colectivos más vulnerables.

Más indicaciones y mejor acceso

En España, como en la mayoría de los países desarrollados, el cribado de la infección en las embarazadas está recomendado como una práctica universal y viene realizándose de forma prácticamente generalizada. Aunque sólo existe información de estudios puntuales, la prueba se indica generalmente en el contexto de un cribado de otras enfermedades infecciosas y análisis rutinarios de embarazo, realizándose a no ser que la embarazada la rechace explícitamente.

En la ya mencionada Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, más de un 10% de los españoles indicaron que su última prueba de VIH se la habían hecho en un laboratorio privado, donde generalmente tampoco se acompaña de consejo.

Además de la extensa red pública de atención general o especializada donde es posible realizarse la prueba del VIH de forma gratuita, existen en la mayoría de las ciudades españolas centros especializados donde se puede realizar la prueba de forma gratuita y, si se desea, anónima, aunque no se sabe con precisión en qué medida la población general conoce su existencia.

En los últimos años, desde las instituciones públicas se han apoyado técnica y económicamente programas de ONG que contemplan el diagnóstico precoz y el fomento

de la prueba, como los programas *outreach* o de acercamiento dirigidos a los colectivos más vulnerables a la infección. En algunos casos en estos programas se están empleando tests rápidos, que constituyen una excelente oportunidad de llegar a algunas personas que pueden no haberse planteado la opción y que ven la posibilidad de conocer de inmediato los resultados. Además, en algunos países estos tests rápidos están ya disponibles en las farmacias para que pueda hacérselo el propio interesado.

Según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, la atención primaria es el lugar preferido por los ciudadanos para hacerse la prueba del VIH. Entre las personas que alguna vez se han realizado la prueba fuera de una donación de sangre, la mayoría (28%) la ha solicitado a su médico de cabecera. Aunque el papel de la atención primaria se trata más ampliamente en el apartado sobre el medio sanitario, se debe señalar que para garantizar que estas personas reciben el consejo asistido o *counseling* apropiado en esta ocasión o en cualquier otra que el equipo de atención primaria sospeche prácticas de riesgo para el VIH es necesario que los profesionales reciban la formación adecuada para efectuarlo, apoyada por profesionales de la psicología. Además, existen servicios específicos como los programas jóvenes o de anticoncepción de emergencia que contemplan el diagnóstico precoz y promocionan la prueba.

Desvelar la parte oculta de la epidemia de infección por VIH es crucial tanto desde el punto de vista de la salud pública como del individuo. La percepción adecuada del riesgo de exposición, el fomento de la realización de la prueba diagnóstica, una indicación más amplia y normalizada, la mejora de la accesibilidad de la misma y la diversificación de la oferta deben llevarse a cabo garantizando siempre la voluntariedad y la confidencialidad de la prueba, y previendo y evitando cualquier efecto estigmatizante. Debe realizarse con la participación de las ONG que representan a los grupos sociales más vulnerables y afectados, profesionales sanitarios que trabajan en diferentes sectores asistenciales, profesionales sanitarios del ámbito de la epidemiología y salud pública y responsables de los planes autonómicos de sida, lo que podría tener además un efecto multiplicador en la estrategia de difusión de la necesidad de realizarse la prueba y las ventajas que supone para el afectado y para la sociedad.

Objetivos

- Reducir el número de personas a las que se les diagnostica la infección por VIH en un estadio avanzado sin vulnerar el derecho a la confidencialidad y a la voluntariedad de la prueba.
- Intensificar, ampliar y diversificar las medidas existentes para que la prueba de VIH se realice, acompañada de información clara y precisa, a todas las personas que acuden a los establecimientos, programas y servicios sanitarios centrados en las poblaciones con mayor exposición al riesgo, sin más excepción que la negativa de la persona interesada a realizársela.
- Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios, especialmente de atención primaria, sobre el riesgo de exposición a las ITS, el retraso diagnóstico del VIH y la necesidad de extender la indicación de la prueba a un mayor número de personas.
- Potenciar el enfoque de género en la prevención y el diagnóstico precoz del VIH en atención primaria para facilitar la detección de situaciones de riesgo relaciona-

das con los condicionantes de género que dificultan la prevención de la transmisión heterosexual del VIH.

- Difundir entre la población, mediante campañas, colaboración participativa de las ONG, teléfonos de información, medios de comunicación y servicios sanitarios, el mensaje de que en cualquier persona que haya tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja de la que ignora si es VIH+ está recomendado acudir a los servicios de salud a hacerse la prueba.
- Facilitar el acceso a la prueba del VIH mediante la extensión de puntos de diagnóstico anónimo, programas *outreach* o de acercamiento a los escenarios de vida de poblaciones de elevada vulnerabilidad, uso de pruebas rápidas y de autodiagnóstico.
- Analizar conjuntamente con los planes autonómicos de sida, las asociaciones profesionales, las administraciones sanitarias y las ONG la conveniencia de modificar la situación de excepcionalidad en que la prueba se plantea en la actualidad, ampliando a nuevas indicaciones y reduciendo las exigencias y barreras para realizarla en el contexto de la atención sanitaria.
- Aumentar la información periódica disponible sobre la realización de la prueba y la investigación para mejorar el conocimiento científico sobre los factores que están condicionando el retraso diagnóstico en España y posibles intervenciones que ayuden a reducirlo.

Referencias

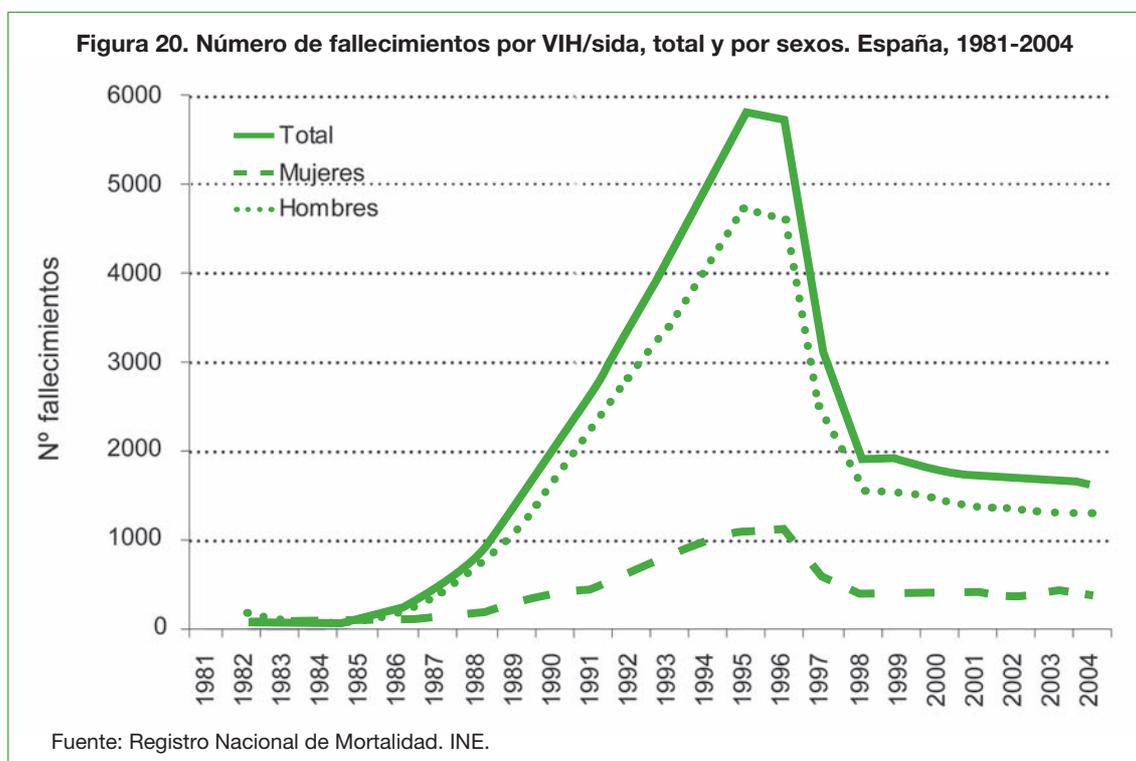
- ²¹⁵ Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en **España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA**. Actualización año 2006. Madrid, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- ²¹⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. **HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic**. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2007.
- ²¹⁷ Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C *et al*. **Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004)**. *Gac Sanit* 2006;20:442-8.
- ²¹⁸ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, 2003**. 2006. Instituto Nacional de Estadística.
- ²¹⁹ Pillay D, Fisher M. **Primary HIV Infection, Phylogenetics, and Antiretroviral Prevention**. *J Infect Dis* 2007;195:924-6.
- ²²⁰ Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. **Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:446-53.
- ²²¹ Brenner BG, Roger M, Routy JP, Moisi D, Ntemgwa M, Matte C *et al*. **High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection**. *J Infect Dis* 2007;195:951-9.
- ²²² Marks G, Crepaz N, Janssen RS. **Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA**. *AIDS* 2006;20:1447-50.
- ²²³ Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB *et al*. **Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings**. *MMWR Recomm Rep*. 2006;55:1-17.
- ²²⁴ Paltiel AD, Weinstein MC, Kimmel AD *et al*. **Expanded Screening for HIV in the United States; an Analysis of Cost-Effectiveness**. *N Engl J Med* 2005;352:586-95.
- ²²⁵ Sanders GD, Bayoumi AM, Sundaram V *et al*. **Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of highly active antiretroviral therapy**. *N Engl J Med* 2005;352:570-85.
- ²²⁶ Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, 2003**. Instituto Nacional de Estadística, 2006.
- ²²⁷ European Centre for Disease Prevention and Control. Meeting Report: **HIV prevention in Europe: Action, needs and challenges**. Stockholm, 2-3 October 2006. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2006.

17. Calidad de vida

La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. La calidad de vida relacionada con la salud define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo y mantiene una relación directa con las dimensiones física, psicológica y social de la salud²²⁸.

El acceso generalizado en España al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha tenido un gran impacto en la calidad de vida y la supervivencia de las personas afectadas por el VIH/sida, logrando descensos muy importantes en la incidencia de sida y en la mortalidad asociada al VIH (Figura 20). Sin embargo, a pesar de los avances conseguidos, sigue siendo una enfermedad que requiere de tratamiento continuado, no exento de efectos adversos, que tienen un importante impacto psicosocial²²⁹.

La infección por el VIH origina un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales. Esto hace que la calidad de vida relacionada con la salud sea un aspecto fundamental para cuidar y trabajar desde las instituciones públicas, con una aproximación global, integral y multidisciplinar²³⁰, ya que no sólo se trata de combatir la enfermedad sino de promover el bienestar de las personas²³¹.



Efectos secundarios de los tratamientos y reproducción

El TARGA ha supuesto el mayor avance de los últimos tiempos en el manejo de la infección por VIH, pero también la aparición de diversos efectos secundarios, siendo uno de los más importantes, por su impacto físico y psicológico, la lipodistrofia, especialmente las alteraciones morfológicas. En el momento presente, la lipodistrofia constituye uno de los efectos secundarios más frecuentes, ya que afecta a entre un 20 y un 70% de los pacientes en tratamiento ARV²³².

El desconocimiento de las bases patogénicas implicadas en el metabolismo de la grasa corporal hace que sea difícil por el momento encontrar un tratamiento único y eficaz que evite o mejore la distribución anómala de la grasa. Hasta ahora el estudio de la etiopatogenia constituye uno de los mayores retos para los investigadores ya que acercaría ese tratamiento que, de forma rápida, podría evitar la aparición de las alteraciones morfo-metabólicas sin necesidad de cambiar las pautas terapéuticas prescritas.

Sin embargo, a pesar de los pasos de gigante que se han dado desde 1998, año en que se empezaron a describir los primeros cuadros de cambios físicos en los pacientes con infección por VIH y en tratamiento TARGA, todavía no se ha encontrado una solución definitiva que los evite. Por ello se debe continuar realizando estudios y ensayos clínicos que sirvan de base para poder encontrar una mejoría o desaparición de estos cambios en el reparto de la grasa. Asimismo, y debido a los efectos claros sobre la adherencia al tratamiento que suponen los cambios físicos visibles en los pacientes, el planteamiento de cambios en la actitud terapéutica y el encontrar fármacos con menor efecto sobre la lipodistrofia se ha convertido en una única línea de trabajo encaminada a un mayor bienestar del paciente, manteniendo su calidad de vida sin renunciar a una eficacia virológica e inmunológica.

Hasta ahora se han intentado diferentes pautas de tratamiento no habiendo demostrado eficacia en la mayoría de los casos. La única técnica rápida y con resultados visibles desde el primer momento ha sido la cirugía reparadora con diferentes productos, desde la implantación de grasa autóloga hasta los derivados poliacrilamídicos^{233, 235, 234}. Este tema ha sido prioritario desde el principio para la SPNS que ha impulsado con los programas autonómicos de sida la búsqueda de soluciones aceptables para las personas afectadas. De ese impulso se ha generado la inclusión de la técnica quirúrgica para la lipoatrofia facial dentro de las prestaciones sanitarias de algunas comunidades autónomas o está entre sus objetivos a corto-medio plazo.

Otro de los aspectos prioritarios para la SPNS ha sido la reproducción. La infección por VIH tiene una gran repercusión en todo el proceso reproductivo, ya que afecta desde el momento de la concepción, por el riesgo de transmisión sexual, hasta el niño expuesto a antirretrovirales o infectado. Una correcta identificación de la mujer infectada puede evitar la transmisión materno-fetal. Por ello es absolutamente necesario asesorar a las mujeres con deseo de concebir, protegerlas durante el embarazo y evitar que nazcan niños infectados por VIH. Estos aspectos se tratan en el apartado de prevención de la transmisión de madre a hijo.

Cada vez son más las parejas serodiscordantes que se plantean la posibilidad de tener hijos. Un 20% de los hombres y el 33% de las mujeres manifiestan deseos de embarazo, mientras que hasta un 6% de las parejas serodiscordantes han llevado a cabo intentos reproductivos²³⁶.

Abordar las necesidades de una enfermedad crónica y prevenir el estigma y la discriminación

En general se acepta que en condiciones de estabilidad microbiológica e inmunológica de la infección, con buen seguimiento clínico y buen cumplimiento del tratamiento, las mujeres con VIH pueden optar por una gestación con un riesgo mínimo²³⁷. Deben recibir consejo preconcepcional individualizado, como en cualquier enfermedad asociada a un riesgo perinatal. Las mujeres con VIH deben planificar su gestación y estar informadas de las posibles complicaciones que puedan surgir. En los últimos años, varias autoridades sanitarias y sociedades científicas han pasado de prohibir, o no recomendar, las técnicas de reproducción asistida en las parejas en las que la mujer está infectada a una política mucho más permisiva^{238, 239, 240}.

En 1992 se comunicó la primera serie de gestaciones en parejas serodiscordantes mediante lavado seminal²⁴¹. Desde entonces numerosos equipos europeos, varios de ellos españoles, han utilizado diversas técnicas de reproducción asistida (lavado seminal e inseminación intrauterina, FIV –fecundación *in vitro*-, etc.) en más de 4.000 ciclos, obteniendo numerosas gestaciones sin que en ningún caso se haya documentado la infección de la pareja o del recién nacido^{242, 243}.

No existe unanimidad en cuanto a la técnica de reproducción asistida a emplear, inseminación intrauterina (IIU) o fecundación *in vitro* con microinyección espermática (FIV-ICSI) cuando no existe otra patología reproductiva en alguno de los miembros de la pareja. La mayoría de los equipos proponen la IIU^{244, 245} alegando una menor complejidad técnica y menores riesgos para la mujer, así como un menor coste económico. Hay, sin embargo, quien aconseja la práctica de una FIV-ICSI^{246, 247, 248} con el argumento teórico de que el riesgo de transmisión de la infección sería menor.

La fecundación *in vitro* con microinyección espermática es una de las técnicas utilizadas para el embarazo de parejas serodiscordantes siempre que no exista otra patología reproductiva en alguno de los miembros de la pareja. Las tasas de embarazo conseguidas en parejas serodiscordantes mediante IIU o FIV-ICSI son idénticas a las que se obtienen en parejas estériles que se someten a las mismas técnicas. Sin embargo, los resultados obtenidos hasta ahora no han sido del todo satisfactorios, y la tasa de embarazos a término conseguidos es baja. Esto se ha debido a que en la mayoría de las ocasiones existen otros problemas que impiden la fertilidad. Por ello, y con el fin de disminuir el número de procedimientos a desarrollar, es aconsejable que, antes de aplicar las técnicas de reproducción asistida, se realice un estudio básico de fertilidad a ambos miembros de la pareja a fin detectar la existencia de otros problemas e indicar la técnica más adecuada.

La infección por el VIH no tiene porqué generar situaciones discriminatorias para el acceso a las técnicas de reproducción asistida cuando sean necesarias para la obtención de una gestación o para evitar la transmisión materno-infantil del VIH²³⁷. Esta preocupación de la SPNS se ha plasmado en la elaboración de recomendaciones para el seguimiento de la infección por VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. En el momento actual las comunidades autónomas en sus unidades de infertilidad tienen incluidas algunas de las técnicas de reproducción asistida dentro de las prestaciones sanitarias o se encuentran en proceso de inclusión.

Las acciones para abordar tanto los efectos secundarios de los ARV como la reproducción deben desarrollarse necesariamente en colaboración, entre las asociaciones profesionales, los sistemas de atención sanitaria y las comunidades autónomas. Igualmente es necesario contar con las asociaciones de personas con VIH.

Aspectos psicológicos

A pesar de los excelentes resultados de las nuevas terapias farmacológicas en el tratamiento de la infección por VIH, existen diferentes trastornos asociados al VIH/sida que alteran en gran medida la calidad de vida y la salud psíquica y emocional de las personas afectadas. Las alternaciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y el estrés son muy frecuentes en las personas con VIH²²⁹, debido a los factores emocionales o eventos estresantes a los que suelen estar expuestas, como el impacto emocional que puede provocar el diagnóstico de la infección, las expectativas frente a los controles médicos, la discriminación y estigmatización que todavía caracterizan a la infección, las manifestaciones clínicas, los efectos secundarios de algunos medicamentos antirretrovirales, etc. Es necesario tenerlo en cuenta e incluir también los aspectos neuropsicológicos asociados a la infección por VIH. Estos causan síntomas cognitivos que tienen una repercusión importante en la calidad de vida de las personas y se relacionan también estrechamente con alteraciones del estado de ánimo²⁴⁹.

Estos trastornos psicológicos pueden tener repercusiones sobre la propia evolución de la enfermedad, por la falta de adherencia al tratamiento o por el efecto sobre el sistema inmunológico^{250, 251}. Además, diversos estudios muestran que los pacientes mejor adaptados psicológicamente toleran mejor el tratamiento ARV, presentan mejores tasas de adherencia al tratamiento e informan de un mayor bienestar subjetivo^{252, 253}.

En las actuaciones dirigidas a mujeres con VIH se deben tener en cuenta las consecuencias psicológicas y sociales diferenciales de la infección, como la mayor estigmatización, la carga de cuidados, el sentimiento de culpa por no cumplir con los roles asignados o la ausencia de cuidados.

Dadas las importantes repercusiones que los trastornos del estado del ánimo y la ansiedad tienen sobre la calidad de vida de las personas con VIH²⁵⁴, es importante integrar el cuidado de la salud mental en los programas para estos pacientes. Para ello resulta fundamental que se establezcan mecanismos fluidos de coordinación y cooperación en el ámbito de las comunidades autónomas entre los servicios de salud mental y las unidades de VIH o infecciosas.

Para alcanzar este objetivo la «Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud»²⁵⁵, aprobada en el pleno del Consejo Interterritorial en 2006, constituye un gran avance, ya que promueve la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales.

La citada Estrategia forma parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y representa un esfuerzo consensuado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y las comunidades autónomas para conseguir una mejor atención de las personas con trastornos mentales, basada en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio. La salud mental supone un concepto amplio que incluye otros aspectos además de la ausencia de estados patológicos. Algunas de estas patologías pueden prevenirse tratando de mejorar la salud emocional ofreciendo programas específicos y adecuados a las necesidades de las personas con VIH²⁵⁶.

Por otro lado, se deben potenciar más los estudios sobre las alternaciones psicológicas asociadas y apoyar los programas que proporcionen las estrategias psicológicas necesarias para que las personas con VIH puedan afrontar de manera más positiva tanto la enferme-

dad, como los tratamientos. Para ello resulta fundamental la participación de las asociaciones de personas afectadas, dotándolas de los recursos adecuados.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en los pacientes con infección por VIH son las frecuentes dificultades en la esfera de la sexualidad, producidas, entre otros motivos, por la angustia derivada del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos, el miedo al rechazo y al abandono, el sentimiento de culpa o el temor a transmitir el virus o reinfectarse. Entre los trastornos sexuales más frecuentes que pueden sufrir se encuentran la disminución o ausencia del deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres, y los problemas de erección en hombres^{257, 258, 259}, que suelen tener un impacto significativo en la calidad de vida, ya que dificultan la capacidad para disfrutar y participar en una relación sexual deseada.

Integrar el cuidado de la salud mental

A pesar de que las quejas sobre los problemas relacionados con la sexualidad son frecuentes, es un aspecto al que no se le ha prestado suficiente atención, y se ha infravalorado tanto en los estudios como en las consultas. Muchas personas encuentran difícil hablar con su médico sobre cómo viven su sexualidad, por lo que la detección en la consulta de este tipo de trastornos resulta compleja. Además, generalmente están involucrados tanto factores médicos como psicológicos, por lo que es necesario un abordaje multidisciplinar.

Los profesionales sanitarios deberán procurar espacios favorables al diálogo sobre sexualidad y salud sexual, con el objetivo no sólo de informar sobre las formas de prevención, sino abordar los distintos problemas sexuales que puedan surgir y ayudar a las personas con VIH a conseguir una vida sexual saludable y placentera. La respuesta sexual no solamente compromete múltiples estructuras orgánicas, sino que depende de las vivencias personales, la autoestima, los sentimientos, la interacción entre las parejas y sus propias problemáticas, además del contexto físico y psicológico. Está demostrado que los pacientes que reciben apoyo psicológico experimentan bienestar emocional y mejoran su respuesta y su nivel de satisfacción sexual.

Aspectos sociales

Las personas con VIH son muy diversas. Un porcentaje significativo presenta problemáticas sociales que pueden ser fruto del VIH, causa del mismo, o preexistir a la infección. Esta no es la realidad de todas las personas con VIH, que en buena parte están integradas socialmente y tienen una vida relativamente normalizada.

El presente apartado se centra en aquellas personas que poseen un nivel de dificultad social importante y que han de ser objeto de una atención especial. Las problemáticas sociales se refieren, entre otras²⁶⁰, a la falta de recursos económicos, la precariedad laboral o el desempleo, las conductas delictivas, las drogodependencias, la precariedad residencial o la falta de alojamiento, la precariedad o la falta de redes familiares y sociales, la educación incompleta o inestable y la ausencia de habilidades sociales o personales.

Hay que destacar aquí las especiales dificultades con las que las personas con VIH se encuentran para su inserción laboral. En el mundo laboral continúan produciéndose numerosas situaciones de discriminación por razón de VIH, como las pruebas de detección del VIH a solicitantes de empleo o empleados, la solicitud de información personal

relativa al VIH, los despidos ante el conocimiento de la infección de un empleado o la falta de confidencialidad, entre otras. Por ello es fundamental, tal como recomienda la OIT²⁶¹, promover la cooperación entre las administraciones públicas, los empleadores, los trabajadores, los sindicatos y las ONG.

Para el curso de la infección por VIH es de vital importancia abordar las condiciones sociales de vida de las personas que la padecen²⁶², ya que afectan directamente sobre su salud, su adherencia al tratamiento, la prevención de la transmisión tanto en personas con VIH como en población general y la evolución de la enfermedad.

La situación social de las personas con VIH es una variable difícil de medir, ya que no disponemos de datos suficientes que nos den una visión del panorama al que nos enfrentamos. No obstante, el hecho de que una proporción importante de los infectados por VIH sean personas que se inyectaron o se inyectan drogas²⁶³ nos permite suponer que con frecuencia la toxicomanía se va a ver acompañada de otras problemáticas sociales severas.

En cuanto a la situación educativa y laboral de las personas con VIH, disponemos, entre otros²⁶⁴, de los datos de la Encuesta Hospitalaria en pacientes VIH/sida²⁶⁵. Según ésta, en 2004 un 88% de las personas con VIH tenía una edad comprendida entre los 25 y los 49 años. De ellos, el 61% tenía un nivel de educación que no sobrepasaba la primaria y un 22% se encontraba sin empleo.

Dado que la realidad entre las personas con VIH es heterogénea, las estrategias de intervención han de ser también diversas y adaptarse a la situación particular de cada persona, abordando de manera integral las necesidades que cada cual presenta.

A grandes rasgos podemos diferenciar tres tipos de estrategias de intervención según el grado de evolución de la infección y el soporte tanto personal como social con el que cuentan las personas con VIH^{266, 267}. Todas las estrategias pueden combinarse y darse en diferentes tipos de situaciones:

- Inserción laboral y en algunos casos, apoyo psicológico y social, para todas aquellas personas con VIH que mantienen un nivel óptimo de calidad de vida tanto a nivel sanitario, a nivel de redes y apoyos sociales y a nivel de habilidades personales (Nivel de integración social).
- Orientación y formación en habilidades para el empleo, y/o habilidades sociales, inserción laboral o inserción ocupacional y apoyo psicológico y social, para aquellas personas que se encuentran en un estado de vulnerabilidad en su situación sanitaria, social y personal (Nivel de vulnerabilidad).
- Estrategias más orientadas al apoyo psicológico, social y personal, con intervenciones tanto paliativas como de reconstrucción personal, para todas aquellas personas que tienen un nivel importante de deterioro tanto a nivel sanitario como personal y social (Nivel de exclusión social).

El apoyo psicológico y social incluye todo tipo de estrategias orientadas a cubrir necesidades de alojamiento, apoyo para una vida lo más autónoma posible en el propio domicilio, recursos económicos, habilidades, capacidades, redes sociales, autoestima, autoconcepto, adicciones, problemas jurídicos, problemas de salud mental... desde los recursos sanitarios y de salud mental, los grupos de autoapoyo, los servicios sociales, las ONG, las empresas y sindicatos, y los servicios de atención jurídica. En los niveles de vulnerabilidad y exclusión social es importante el apoyo a las familias ya que, normalmente, nadie puede enfrentarse al VIH solo. Los amigos y la familia son a menudo el primer recurso de apoyo emocional y práctico de las personas, pero no todas las personas con VIH disponen de este apoyo, ya que las relaciones con éstos se han deteriorado, o antes del diagnóstico del VIH

o después. En los casos en los que se dispone de apoyo familiar, es necesario, por un lado, el aprendizaje de habilidades para el cuidado por parte tanto de los cuidadores como de la persona con VIH y, por otro, “cuidar al cuidador” mediante apoyo psicológico, con vistas a aliviar la carga y la tensión que pueda generar una situación prolongada de cuidado.

El VIH es otro de los problemas de los excluidos: muchos de los que más apoyo social y sanitario necesitan son quienes menos probabilidades tienen de recibirlo

En las tres estrategias propuestas, la guía ha de ser la normalización social y la eliminación del estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Asimismo, la intervención ha de realizarse prioritariamente respetando el principio de normalización, es decir, desde los recursos sociales normalizados, siempre en coordinación con los servicios de atención sanitaria y de salud mental y en beneficio de una atención integral, autodeterminada, voluntaria, coparticipada, corresponsable y, cuando así proceda, en el propio entorno de las personas con VIH.

A pesar de los avances científicos y la disminución de la infección en UDI, la intervención en el propio entorno no siempre es posible, por lo que siguen siendo necesarias casas de acogida y pisos de inserción para un número significativo de personas seropositivas cuyas redes sociales y personales están quebradas o por lo menos debilitadas. Estos recursos han de orientarse a la integración en la red normalizada de servicios y a la inserción social de las personas acogidas.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), a través de la orden de subvenciones a ONG con cargo al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), financia programas de apoyo a pacientes y familias con personas afectadas por el VIH/sida, programas de creación y mantenimiento de casas de acogida y, programas de creación y mantenimiento de alojamientos o pisos de inserción social. También las CCAA destinan fondos a este fin. Aunque no se dispone de información completa sobre los gastos totales destinados al apoyo social a los afectados por el VIH, sí se puede señalar un incremento sostenido en la inversión de las administraciones general y autonómica, -principalmente de esta última-, en las ONG de apoyo social, que ha pasado de 4,4 millones de euros en 1996 a 6,2 millones en 2005. Estos programas son de gran importancia para aquellas personas con VIH que se encuentran en diferentes situaciones de exclusión o con dificultades de integración social y laboral. Tal como apuntan las tendencias del VIH/sida para los próximos años, estos programas deberán de seguir siendo prioritarios en las políticas de inclusión social, orientándose siempre que lo permita el estado de los pacientes hacia la inserción socio-laboral de las personas con VIH. El acuerdo marco por el que se amplía al 0,7% el porcentaje del IRPF destinado a proyectos sociales, repercutirá en el aumento de los servicios sociales ofrecidos por las ONG.

Las estrategias de intervención pueden presentar dificultades de ejecución en las personas con VIH que se encuentran en España de forma irregular. Aunque esto sea un tema que exceda el ámbito de este Plan, hay que señalar que la Ley Orgánica 4/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social prevé que los extranjeros en situación irregular administrativa tienen derecho a los servicios sociales y prestaciones básicas, que abarcan no sólo los servicios sociales generales, comunitarios o básicos, sino también todos los incluidos en el primer nivel de intervención, siempre que su nivel de asistencia se entienda como “básico” y las actuaciones de carácter técnico se ejerzan desde un centro de servicios sociales. En el caso de las personas con VIH, además de los motivos humanitarios, para un adecuado cumplimiento terapéutico antirretroviral es muy necesario que las necesidades básicas estén cubiertas.

Además de las estrategias dirigidas a las personas con VIH es importante sensibilizar a la población general, informándola y formándola de la realidad del VIH y de los derechos de los afectados para evitar situaciones de estigma y discriminación que repercutan en su integración social y laboral. Las intervenciones han de estar dirigidas a todos los agentes sociales implicados en la vida cotidiana de las personas con VIH: instituciones sanitarias, instituciones sociales, instituciones mediáticas y sindicatos-empresarios²⁶⁸. Es responsabilidad de las instituciones tanto públicas como privadas suprimir todas las barreras que impidan una normalización de la vida cotidiana y una inserción social plena de las personas que viven con VIH. Asimismo, las instituciones educativas y los medios de comunicación cumplen un papel fundamental en la transmisión de una imagen social del VIH acorde con lo que las evidencias científicas nos muestran.

El Real Decreto 1169/2003 contiene los criterios de valoración de la discapacidad y la determinación del grado de minusvalía de los ciudadanos con infección por VIH que, debido a esta enfermedad o a otras patologías asociadas, tengan un grado de incapacidad física y psicológica que los incapacite para el trabajo. La aplicación de un baremo objetivo, armonizado con el de otras enfermedades incapacitantes y que no cree discriminación positiva ni negativa, para una enfermedad como la infección por VIH, sujeta a grandes cambios en los tratamientos y, afortunadamente, en el pronóstico, es extraordinariamente difícil, por lo que es necesaria la colaboración de las instituciones públicas y las ONG para poder aplicar la normativa de manera justa y eficaz.

Por otro lado, se ha aprobado la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que trata de mejorar la calidad de vida de aquellas personas que se encuentran con la necesidad de ayuda de una segunda persona para poder desarrollar tareas cotidianas. Esta ley provee de recursos económicos y materiales a aquellas personas con VIH que se encuentran en situación de dependencia.

Objetivos

- Garantizar una red coordinada de servicios y prestaciones, tanto públicas como privadas, que proporcionen una asistencia bio-psico-social integral de calidad a las personas con VIH.
- Garantizar una red de recursos residenciales para aquellas personas con VIH que carezcan de redes sociales y personales de apoyo.
- Elaborar y difundir la información sobre los avances en el tratamiento de las alteraciones en la distribución de la grasa en las personas infectadas por VIH y las diferentes técnicas de tratamiento de dichas alteraciones.
- Completar la inclusión de la reparación de la lipodistrofia en la cartera de servicios del sistema nacional de salud.
- Elaborar y difundir los avances en reproducción asistida en personas con VIH.
- Completar el acceso de las personas con VIH a las técnicas de reproducción asistida cuando sean necesarias para la obtención de una gestación o para evitar la transmisión materno-infantil del VIH.
- Integrar el cuidado de la salud mental en los programas de prevención y tratamiento de las personas con VIH/sida.

- Contribuir a que las personas con VIH alcancen una vida sexual saludable y placentera, promoviendo estudios y programas que aborden de manera integral la vivencia de su sexualidad.
- Promover el apoyo y atención psicológica para las personas afectadas por el VIH que lo necesiten.
- Promover y apoyar la constitución de grupos de mujeres que viven con el VIH.
- Potenciar la colaboración entre los distintos sectores de la administración, comunidades autónomas, asociaciones gremiales, empresariales, sindicales y ONG para desarrollar conjuntamente estrategias de inserción laboral de las personas con VIH.
- Promover la sensibilización y la formación de las organizaciones empresariales, sindicales, gremiales y mutuas para una adecuada integración laboral de las personas con VIH, con participación de los afectados.
- Promover y apoyar medidas de formación e inserción laboral para aquellas personas con VIH que presentan dificultades en su itinerario laboral.
- Promover la incorporación del enfoque de género en los programas asistenciales dirigidos a las personas con VIH.

Referencias

- ²²⁸ WHOQOL GROUP. **The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL)**. Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1403-1409.
- ²²⁹ Miguel L. **Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana**. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona, 2001.
- ²³⁰ Olry de Labry A. **Estado clínico y psicosocial de reclusos VIH positivos en tratamiento con antirretrovirales**. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Granada, 2006.
- ²³¹ Schwartzmann, L. **Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales**. *Ciencia y enfermería* IX (2): 9-21, 2003.
- ²³² Polo R, Gonzalez-Muñoz M, Muñoz-Sanz A *et al*. **Prevalence of body fat redistribution and factors associated to it in human immune deficiency virus-infected patients: a Spanish multicenter study**. *Nut Met Dis in HIV Infection* 2002;1(1):15-24.
- ²³³ Arévalo JM, del Pino V. **Tratamiento quirúrgico integral del paciente con síndrome lipodistrófico asociado al VIH**. En: Actualización en el tratamiento de la lipodistrofia y alteraciones metabólicas. Coordinadora Polo R. Madrid 2003: 76-85.
- ²³⁴ Casavantes LC, Gottlieb M. **Bio-Alcamid, a high-volume injectable prosthesis for facial reconstruction in HIV-related lipoatrophy: report on 100 patients**. *Antiviral Therapy* 2004; 9: L37.
- ²³⁵ Polo R, Ortiz M, Babe J, Martinez S, Madrigal P, Gonzalez-Munoz M. **The effects of polylactic acid in the therapy for the lipoatrophy of the face**. *Antiviral Therapy* 2001; 6 (Suppl 4): 68.
- ²³⁶ Heard I, Sitta R, Lert F and the VESPA Study Group. **Reproductive choice in men and women living with HIV: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA Study)**. *AIDS*. 2007;21 Suppl 1:S77-S82.
- ²³⁷ Buirra E, Busquets JM, Coll O, Marina S, Roca E, Tur R. **Técnicas de Reproducción Asistida y VIH**. Comisión Asesora sobre técnicas de reproducción humana asistida en Cataluña. Barcelona 2002.
- ²³⁸ American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics. Committee Opinion. **Human immunodeficiency virus: ethical guidelines for obstetricians and gynecologists**. *Obstet Gynecol* 2001; 97(Suppl),1-6.
- ²³⁹ American Society for Reproductive Medicine Ethics Committee. **Human immunodeficiency virus and infertility treatment**. *Fertil Steril* 2002; 77:218-22.
- ²⁴⁰ Sauer M. **Providing fertility care to those with HIV: time to re-examine healthcare policy**. *Am J Bioeth* 2003; 3:33-40.
- ²⁴¹ Semprini A, Levy-Setti P, Bozzo M *et al*. **Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partners**. *Lancet* 1992;340:1317-1319.
- ²⁴² Mencaglia L, Falcone P, Lentini GM, Consigli S, Pisoni M, Lofiego V, Guidetti R, Piomboni P, De Leo V. **ICSI for treatment of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus-serodiscordant couples with infected male partner**. *Hum Reprod* 2005; 20:2242-6.

- ²⁴³ Bujan L, Pasquier C, Labeyrie E, Lanusse-Crousse P, Morucci M, Daudin M. **Insemination with isolated and virologically tested spermatozoa is a safe way for human immunodeficiency type 1 virus-serodiscordant couples with an infected male partner to have a child.** *Fertil Steril* 2004; 82:857-62.
- ²⁴⁴ Gilling-Smith C. **Fertility management of HIV-discordant couples.** *Curr Obstet Gynaecol* 2003; 13:307-13.
- ²⁴⁵ Coll O, Vidal R, Martínez de Tejada B, Ballezá JL, Azulay M, Vanrell JA. **Management of HIV serodiscordant couples. The clinician point of view.** *Contracept Fertil Sex* 1999; 27:399-404.
- ²⁴⁶ Peña JE., Thornton MH, Sauer MV. **Assessing the clinical utility of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection in human immunodeficiency virus type 1 serodiscordant couples: report of 113 consecutive cycles.** *Fertil Steril* 2003; 80:356-62.
- ²⁴⁷ Mencaglia L, Falcone P, Lentini GM, Consigli S, Pisoni M, Lofiego V, Guidetti R, Piomboni P, De Leo V. **ICSI for treatment of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus-serodiscordant couples with infected male partner.** *Hum Reprod* 2005; 20:2242-6.
- ²⁴⁸ Garrido N, Meseguer M, Bellver J, Remohí J, Simón C, Pellicer A. **Report of the results of a 2 year programme of sperm wash and ICSI treatment for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus serodiscordant couples.** *Hum Reprod* 2004; 19:2581-6.
- ²⁴⁹ McCutchan JA, Wu JW, Robertson K *et al.* **HIV suppression by HAART preserves cognitive function in advanced, immune-reconstituted AIDS patients.** *AIDS* 2007; 21:1109-1117.
- ²⁵⁰ Martín I, Cano R, Pérez P, Aguayo M, Cuesta F, Rodríguez P, Pujol E. **Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada.** *Anales de Medicina Interna* 2002; 19 (8): 396-404.
- ²⁵¹ Remor E, Penedo FJ, Shen BJ, Schneiderman N. **Perceived stress is associated with CD4-cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain.** *AIDS Care* 2007; 19(2): 215-219.
- ²⁵² Remor E. **Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+.** *Psicothema* 2002; 14:262-267.
- ²⁵³ Remor E. **Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH.** *Atención Primaria* 2002; 30:143-149.
- ²⁵⁴ Ruiz I, Olry de Labry A, Delgado CJ, Muñoz N, Pasquau J, Rodríguez J, López MA, Del Arco A, Causse M, Martín P, Martínez J, De la Torre J, Prada JL, Morales L *et al.* **Impacto del apoyo social y morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales.** *Psicothema*. Universidad de Oviedo. 2005; 17(2): 245-249.
- ²⁵⁵ **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006.** Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- ²⁵⁶ Ickovics JR, Milan S, Boland R *et al.* **Psychological resources protect health: 5-year survival and immune function among HIV-infected women from four US cities.** *AIDS* 2006; 20(14): 1851-1860.
- ²⁵⁷ Amy E. Colson, Sax PE. **Sexual Dysfunction and HIV Infection.** *AIDS Clinical Care* 2000; 12:39-41.
- ²⁵⁸ Goldmeier D, Kocsis A, Wasserman M. **Sexual dysfunction in women with HIV.** *Sex Transm Inf* 2005; 81(4): 284.
- ²⁵⁹ Kaiser DR, Billups K, Mason C, *et al.* **Impaired Brachial Artery Endothelium-Dependent and Independent Vasodilation in Men With Erectile Dysfunction and No Other Clinical Cardiovascular Disease.** *JACC*. 2004; 179-84.
- ²⁶⁰ **Estrategia de VIH/SIDA en las Illes Balears.** Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. 2006.
- ²⁶¹ Oficina Internacional del Trabajo. **Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/Sida y el mundo del trabajo.** Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. 2001.
- ²⁶² Dray-Spira R, Lert F. **Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of HAART.** *AIDS* 2003; 17(3): 283-90.
- ²⁶³ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Vigilancia epidemiológica del Sida en España.** Registro Nacional de Casos de Sida. Informe semestral nº 2, año 2006. Actualización a 31 de diciembre de 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ²⁶⁴ Labeaga JM, Oliva J. **La participación laboral de pacientes portadores de VIH/SIDA.** XIV Encuentro de Economía Pública. Santander 2007.
- ²⁶⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. **Encuesta hospitalaria en pacientes VIH/Sida. Análisis de la Evolución 1996-2004.** Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ²⁶⁶ García Roca, Joaquín. **Contra la exclusión: responsabilidad pública e iniciativa social.** Presencial Social. Santander 1995.
- ²⁶⁷ **Plan de acción anti VIH/SIDA en Galicia 2003-2006.** Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie a. Nº16. Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- ²⁶⁸ Organización Internacional del Trabajo. **Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/Sida y el mundo del trabajo.** Ginebra, 2001.

18. Calidad asistencial

En España hay acceso universal a la asistencia sanitaria especializada de calidad, en ocasiones de vanguardia, como es el caso de los trasplantes hepáticos en personas con VIH. Todas las personas con VIH tienen derecho al tratamiento ARV gratuito de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales, aunque sin duda hay una parte de los pacientes, precisamente aquellos con mayores componentes de marginación, que no acceden a estos servicios. Los nuevos fármacos se aprueban en plazos semejantes a los de otros países europeos y en el período previo a su aprobación se accede a los medicamentos antirretrovirales mediante programas de acceso expandido o de uso compasivo.

Las estimaciones del coste por paciente y año de la asistencia sanitaria son sólo aproximativas, pero disponemos del gasto anual en antirretrovirales, que continúa su ascenso, con un incremento interanual medio del 8,2% entre 1999 y 2004, año en el que alcanzó los 422 millones de euros.

La calidad asistencial comprende todas las medidas apropiadas para ejercer una influencia favorable en la mortalidad y morbilidad de las personas afectadas por el VIH. En este contexto, en los próximos años las estrategias deberán estar orientadas hacia la mejora del acceso a la asistencia sanitaria de las poblaciones de VIH+ ocultas, en particular de los UDI, la adherencia al tratamiento y a la prevención, la coinfección VIH/tuberculosis (TBC) y otras comorbilidades como la sífilis o las hepatitis víricas, en especial la coinfección VIH/VHC, la aparición de resistencias y el mantenimiento de estándares de calidad de tratamiento actualizados que mejoren la efectividad global, incluyendo el tratamiento de los efectos secundarios y el abordaje de nuevas situaciones como es el riesgo cardiovascular y la resistencia a la insulina (Tabla 8).

En el caso del acceso a la asistencia sanitaria de las poblaciones ocultas, se requiere un mayor esfuerzo en el diseño de recursos para llegar a las subpoblaciones sin techo, a menudo muy consolidadas pero dispersas en los grandes núcleos urbanos, y a los asentamientos alternativos. Este es en ocasiones el caso en UDI, que deben tener acceso a la asistencia como ciudadanos de pleno derecho. En el de los inmigrantes, es necesario simplificar los procesos, proporcionar información sobre la seguridad y los beneficios de acceder al sistema y sensibilizar/ formar al personal sanitario, especialmente aquellos que constituyen el primer contacto con el sistema.

A pesar de la disminución de las infecciones oportunistas, la coinfección VIH/ *M. tuberculosis* continúa teniendo importancia en España y son necesarios los programas de control conjuntos. En el período 2003-2006 la tuberculosis de cualquier localización siguió siendo la enfermedad indicativa de sida más frecuente, afectando al 28,8% de los casos²⁶⁹.

Tabla 8. Áreas de trabajo en calidad asistencial

- acceso a la asistencia sanitaria de las poblaciones de VIH+ ocultas, especialmente UDI e inmigrantes
- adherencia a la prevención y al tratamiento
- coinfección VIH/TBC, ITS y hepatitis víricas, en especial la coinfección VIH/VHC
- aparición de resistencias
- mantenimiento de estándares de calidad de tratamiento
- tratamiento de los efectos secundarios
- abordaje de nuevas situaciones como riesgo cardiovascular o resistencia a la insulina

En España la prevalencia de infección por los virus de la hepatitis B y C entre los inyectores de drogas ha sido siempre muy alta, 20-35% para el VHB y 65-86% para el VHC^{270, 271, 272}. La coinfección del VIH-VHC está altamente asociada al uso de drogas inyectables, y pese a las mejoras experimentadas en este campo con los programas de intercambio de jeringuillas, disponemos de datos que indican una elevada prevalencia de coinfección²⁷³, aunque necesitaríamos mejorar esta información para diseñar las estrategias de prevención, asistencia y tratamiento de manera más eficiente. No obstante, no hay que olvidar la importancia creciente de la vía sexual en la transmisión del VHC. Varias investigaciones han mostrado una prevalencia del VHC superior a la media entre los hombres que practican el sexo con hombres, las trabajadoras sexuales, las personas con varias parejas sexuales y las parejas de personas coinfectadas con VIH/VHC. Las consecuencias crónicas de las hepatopatías han permanecido ocultas debido a la morbimortalidad causada por el VIH, pero ahora están apareciendo debido al éxito de los TARGA^{274, 275}, y es probable que en los próximos años aumente todavía más la demanda sanitaria debida a estas enfermedades. Además, existen datos que demuestran que la progresión de las hepatopatías crónicas es peor en las personas con VIH, hasta el punto que es una de las principales causas de muerte en las personas con coinfección^{276, 277}.

La experiencia acumulada en la prevención del VIH debería aprovecharse para el VHC. Hay que educar a la gente joven sobre los riesgos relacionados con el consumo de drogas y la transmisión del VHC, y hay que incluir aspectos relacionados con la prevención y tratamiento de esta infección en todos aquellos centros donde acuden las personas con VIH, no solo en aquellos que atienden a usuarios de drogas, buscando de manera especial la implicación de los médicos de atención primaria en todo lo referente a la prevención y diagnóstico de esta infección.

En 2007 España es el primer país del mundo en número de trasplantes hepáticos realizados en pacientes VIH. Ya en 2001 se aprobaron los primeros criterios para el trasplante hepático en pacientes infectados por el VIH en Cataluña, y desde 2003 están consensuados los criterios de inclusión en lista de trasplante hepático en pacientes con infección por VIH por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) en colaboración con los Grupos de Estudio de Sida (GESIDA) y del Trasplante (GESITRA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), la Organización Catalana de Trasplantes (OCATT) y la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, actualizándose periódicamente las guías y recomendaciones.

En los últimos años se ha observado un aumento creciente de las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH). Desde finales de los años 80 se observó una mayor prevalencia de lesiones displásicas y cancerosas de cérvix en mujeres con infección por VIH, pudiendo llegar a ser de hasta 10 veces mayor que en población general. Asimismo, existe una clara relación con el grado de inmunosupresión²⁷⁸. Diversos estudios han demostrado que la inmunodeficiencia asociada al VIH favorece el desarrollo de las lesiones producidas por el papilomavirus en el cérvix uterino^{279, 280} y determinados genotipos se asocian con más frecuencia a lesiones anogenitales malignas. La infección persistente por genotipos de alto riesgo, constituye el factor más importante de cáncer cervical. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en el 80% de los casos esta infección cursa de forma asintomática y se resuelve espontáneamente.

La prevención de otras ITS, así como su diagnóstico y tratamiento, son esenciales en la atención a los pacientes con VIH. La enfermedad producida por el VPH repre-

La experiencia acumulada en la prevención del VIH debería aprovecharse para el VHC

senta entre el 15 y el 20% de la actividad asistencial en los centros de infecciones de transmisión sexual en España, lo que significa que la prevalencia de infección por VPH en pacientes VIH es muy elevada. Esto puede significar en parte, que fallan los mecanismos de prevención en una enfermedad prácticamente curable en etapas iniciales. Además de la adherencia a las medidas de prevención, debe generalizarse la revisión ginecológica con citología a todas las mujeres con infección por VIH, independientemente de la edad, por lo menos una vez al año²⁸¹, como principal estrategia de detección precoz del VPH. Las vacunas preventivas, que incluyen los principales genotipos, tienen menor efectividad en personas que ya han iniciado relaciones sexuales.

La TARGA ha reducido de forma notable la mortalidad relacionada con la infección por VIH, pero una de las consecuencias negativas de la gran extensión de los ARV es el perfil de resistencias que, de acuerdo con la OMS²⁸², podría conducir al fracaso terapéutico y preventivo de estos fármacos. En los países industrializados, algunos estudios cifran entre el 5 y el 20% los pacientes VIH resistentes al menos a una clase de fármacos. Las resistencias son más frecuentes cuanto menor es el cumplimiento terapéutico, a menudo relacionado con dificultades de adecuación al estilo de vida de la persona que ha de tomarlo o con los efectos secundarios, por lo que tanto desde el punto de vista del beneficio individual como para prevenir la aparición de resistencias, la mejora de la adherencia al tratamiento adquiere una especial relevancia, así como para la prevención de la propagación de la infección mediante el mantenimiento de una carga viral baja o indetectable. La adhesión mejora al implicar al usuario en la toma de decisiones sobre su tratamiento personalizado.

Efectividad de los tratamientos

Los avances obtenidos en los últimos años han facilitado no sólo el seguimiento clínico de los pacientes con infección por VIH sino también un mejor conocimiento de los tratamientos antirretrovirales, por otra parte cada vez más complejos. Los profesionales sanitarios precisan de guías de manejo de la infección en todos sus aspectos. Desde su creación, la SPNS ha desarrollado una actividad de asesoría técnica en relación con la práctica clínica. Para ello cuenta con la colaboración de grupos de trabajo específicos, formados por expertos cualificados de reconocido prestigio y experiencia en cada tema, que elaboran recomendaciones y documentos de consenso. Algunos de los profesionales representan a diversas sociedades científicas tales como la Asociación Española de Pediatría (AEP), el Grupo Colaborativo Español de VIH Pediátrico (CEVIHP), el Grupo de Estudio de Alteraciones Metabólicas en VIH (GEAM), el GESIDA de la SEIMC, la ONT, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), entre otras, que avalan el documento junto con el Consejo Asesor del Plan Nacional sobre el Sida, en el cual están representados los grupos de base.

La forma de elaboración de estas recomendaciones es dinámica y muy eficiente, con una implicación de los profesionales directa y altruista que hace que su colaboración sea fundamental para la práctica clínica del resto de los profesionales. Este dinamismo lo da el hecho de que las recomendaciones son revisadas anualmente para su difusión en la web y editadas bianualmente con el fin de mantener una actualización de todos los aspectos

incluidos y así poder ofrecer realmente un documento de consulta de calidad. Todas ellas son publicadas en revistas nacionales e internacionales con un índice de impacto elevado^{283, 284, 285, 286, 287}.

Las guías suponen una herramienta fundamental para todos los profesionales que en algún momento de su práctica clínica habitual precisan consultar dudas o determinados aspectos del manejo del paciente. Existe un reconocimiento a nivel nacional e internacional de dichas guías y sirven de base en algunos países para la elaboración de sus propias recomendaciones. Tal es el caso de las recomendaciones de tratamiento antirretroviral en adultos o el documento de consenso para el trasplante de órgano sólido. Además, se han ido añadiendo aspectos importantes y que hasta ahora no habían sido consensuados, como los aspectos psiquiátricos y psicológicos en el paciente VIH, o criterios particularmente polémicos como la profilaxis postexposición no ocupacional.

Si bien el número de adultos infectados supera con creces a los niños y adolescentes, este colectivo siempre ha sido el más desfavorecido, no disponiendo siquiera en algunos fármacos de posología pediátrica. Desde la SPNS se han impulsado grupos de trabajo y recomendaciones de manejo y tratamiento de diferentes aspectos del niño y adolescente²⁸⁸.

La disminución de la morbi-mortalidad hace que los profesionales sanitarios tengan que estar preparados para asesorar y responder a los pacientes sobre situaciones que cada vez se plantean más a menudo, como son el deseo reproductivo o la voluntad de participar activamente en las decisiones terapéuticas.

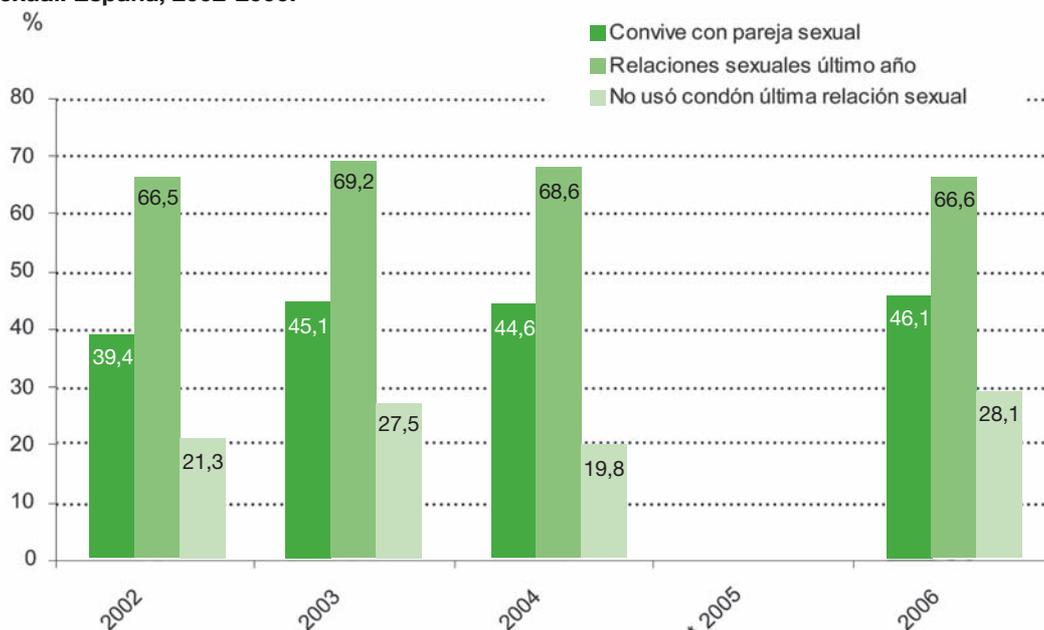
La adherencia al tratamiento es la capacidad del paciente de implicarse en su elección y control para un cumplimiento que consiga la supresión de la replicación viral

Adherencia a la prevención y al tratamiento

Tal y como se aborda en el capítulo de prevención positiva, una de las prioridades de este plan multisectorial es reforzar las actividades de prevención dirigidas a las personas VIH positivas (Figura 21). En este contexto, la adherencia al tratamiento adquiere una importancia que va más allá del individuo cuando se considera como estrategia de prevención al disminuir la carga viral, en sangre y en el resto de líquidos biológicos implicados en la transmisión de la enfermedad.

La adherencia al tratamiento es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARGA que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Por tanto, la falta de adherencia va más allá de la falta de tomas de medicación, y es un proceso complejo y compartido entre el personal sanitario y el paciente, que comprende diferentes etapas, desde la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo²⁸⁹.

Figura 21. Porcentaje de pacientes con VIH que no usaron preservativo en su última relación sexual. España, 2002-2006.



* No se llevó a cabo la Encuesta.

Fuente: Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/Sida. SPNS.

Existen factores relacionados con el individuo, como aspectos psicológicos (ansiedad, depresión y estrés), conductuales, principalmente las adicciones, y aspectos sociales que influyen en la adherencia al tratamiento y que deben ser abordados desde las consultas de VIH. Otros factores relacionados con los fármacos, como la interferencia con los hábitos de vida, los requerimientos dietéticos y la aparición de efectos adversos requerirán soluciones diferentes, y deberán estar siempre contempladas en la investigación farmacológica. Pero probablemente uno de los factores más importantes sea la relación médico – paciente, que debe estar basada en el suministro de una información detallada y en la toma de decisiones conjuntas, como demandan cada vez con mayor frecuencia las personas con VIH.

Las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento deben utilizar varios métodos asociados (estrategias de apoyo y ayuda y estrategias de intervención) y deben estar incluidas en el seguimiento rutinario de los pacientes. Deben estar dirigidas al paciente y centradas en la educación, la comunicación y el apoyo psicológico y social, tener capacidad para adaptar el sistema TARGA a los hábitos de vida y proporcionar estrategias de resolución de conflictos. Cada servicio sanitario debe adaptarlas a su realidad asistencial desde un enfoque multidisciplinar, con la participación del especialista, del farmacéutico, del personal de enfermería y del equipo de atención psicológica, y deberían incluir también a los profesionales de atención primaria y a las ONG como parte de la atención global del paciente, ya que cada uno de estos profesionales debe actuar en alguna etapa del proceso.

Asegurar el acceso al tratamiento en igualdad de condiciones, e intensificar las medidas de adherencia en poblaciones minoritarias con desventajas de partida

Para las personas con VIH, las terapias antirretrovirales han supuesto la detención de la progresión de enfermedad y la

disminución de la morbilidad relacionada con la deficiencia inmunitaria, con la limitación de la aparición de efectos secundarios y de resistencias. La falta de adherencia se correlaciona positivamente con el aumento de ingresos hospitalarios y el empeoramiento de la enfermedad. Además, en el seno de un sistema público de salud, debe contemplarse también como un problema de ineficiencia. Pero ante la posibilidad de una adherencia inadecuada de tratamiento por parte del paciente, esta nunca será razón para retrasarle o negarle el acceso al mismo. Existe alguna evidencia de que esta puede ser una razón para retrasar el inicio del tratamiento²⁹⁰. Análisis recientes demuestran que el uso de drogas inyectables por sí mismo no parece ser un factor independiente de riesgo de cambio o interrupción del TARGA²⁹¹. Uno de los objetivos de este plan es asegurar el acceso al tratamiento a todas las personas en igualdad de condiciones, e intensificar las medidas de adherencia cuando sea necesario, especialmente en aquellas poblaciones minoritarias con desventajas de partida.

Objetivos

- Mantener la labor de asesoría de la SPNS sobre la tarea asistencial, mediante la elaboración de guías de práctica clínica, documentos de recomendaciones y documentos de consenso, fomentando adecuadamente el seguimiento de las directrices.
- Aumentar la proporción de personas con VIH que dispone en las consultas de VIH de servicios que fomenten la adherencia a las medidas que reducen el riesgo de transmisión o adquisición del VIH.
- Promocionar y diversificar la implementación de programas de adherencia y tratamiento personalizado en las consultas de VIH que proporcionen, desde la multidisciplinariedad y con la máxima disponibilidad posible, la educación, el conocimiento y las habilidades necesarias a las personas que inician o cambian el tratamiento antirretroviral.
- Asegurar el acceso al tratamiento a todas las personas en igualdad de condiciones, intensificando las medidas de adherencia cuando sea necesario.
- Promover la educación sobre las hepatitis víricas en poblaciones en situación de riesgo, sobre todo en VIH+, y fomentar la prevención (vacunación del VHB y VHA) y el diagnóstico de las infecciones.
- Promover la investigación sobre las posibles interacciones entre el VIH y otros agentes patológicos, en especial con el VHC, y sobre el impacto que la TARGA pueda tener en ellas.
- Promover la investigación sobre posibles limitaciones en el acceso de las mujeres con VIH a las distintas prestaciones del SNS debidas a condicionantes de género.

Referencias

²⁶⁹ Registro Nacional de Casos de Sida. **Situación epidemiológica a 31 de Diciembre de 2006**. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 2005.

²⁷⁰ De la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. **Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro**. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 505-520.

²⁷¹ Bravo MJ, Lacasa D, Silva TC, Vallejo F, Martínez G, Toro C *et al*. **Prevalencia de infección por VHB en jóvenes consumidores de heroína (inyectores y no inyectores)**. *Gac Sanit* 2005;19 (Supl 1):49.

- ²⁷² Observatorio Europeo de las Drogas. **Informe anual 2006: el problema de la drogodependencia en Europa.**
- ²⁷³ Brugal MT, Frigola M, Vallejo F, Ruiz S, Ambrós M, Bravo MJ *et al.* **Prevalencia de hepatitis C y coinfección con VIH entre los jóvenes inyectores de drogas.** *Gac Sanit* 2005;19 (Supl 1):111.
- ²⁷⁴ Lumberas B, Jarrin I, Del Amo J, Pérez-Hoyos S, Muga R, García de la Hera M *et al.* **Impact of hepatitis C infection on long-term mortality of injecting drug users from 1990 to 2002: differences before and after HAART.** *AIDS* 2006;20:111-6.
- ²⁷⁵ Vallet-Pichard A, Pol S. **Natural history and predictors of severity of chronic hepatitis C virus (HCV) and human immunodeficiency virus (HIV) coinfection.** *J Hepatol.* 2006;44:S28-S34.
- ²⁷⁶ Ruiz-Sancho A, Soriano V. **Coinfección por el VIH y el virus de la hepatitis C.** *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006;5:335-346.
- ²⁷⁷ Rockstroh *et al.* **Influence of Hepatitis C Virus Infection on HIV-1 Disease Progression and Response to Highly Active Antiretroviral Therapy.** *JID* 2005:192.
- ²⁷⁸ Wright TC, Ellerbrock TV, Chiasson MA *et al.* **Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus: prevalence, risk factors, and validity of Papanicolaou smears: New York cervical Disease Study.** *Obstet Gynecol* 1994;84:591-597.
- ²⁷⁹ Shah KV. **Human papillomavirus and anogenital cancers.** *N Engl J Med* 1997;337:1386-1388.
- ²⁸⁰ Sun XW, Kuhn I, Ellebrock TV *et al.* **Human papillomavirus infection in women infected with human immunodeficiency virus.** *N Engl J Med* 1997;337:1343-1349.
- ²⁸¹ Miralles P, Podzamczar D, de la Calle M *et al.* **Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el sida respecto al diagnóstico y tratamiento del sarcoma de Kaposi y cáncer de cervix uterino en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.** *Med Clin* 2002;118:788-795.
- ²⁸² Organización Mundial de la Salud. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas CROI. Los Ángeles 2007. **Nota informativa sobre resistencias de los fármacos antirretrovirales.** OMS.
- ²⁸³ **Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004.** *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;4:221-31.
- ²⁸⁴ **Recomendaciones de GESIDA/ Plan Nacional sobre el Sida sobre terapia antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero 2007).** *Enfer Infecc* 2007;25(1):32-52.
- ²⁸⁵ **Documento de consenso GESIDA/GESITRA-SEIMC, SPNS y ONT sobre trasplante de órgano sólido en pacientes infectados por el VIH en España.** *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;6:353-62.
- ²⁸⁶ **GEAM/SPNS recommendations for managing metabolic and morphologic alterations in patients with HIV infection.** *Nutrition and Metabolic Disorders in HIV Infection.* 2005;2:617-700.
- ²⁸⁷ **Recommendations from SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA on nutrition in the HIV infected patient.** *Nutr Hosp* 2007; 22(2): 229-43.
- ²⁸⁸ **Recommendations from CEVIHP/SEIP/AEP/PNS on antiretroviral treatment in children and adolescents infected with HIV.** *Nutrition and Metabolic Disorders in HIV Infection.* 2005;1:575-603.
- ²⁸⁹ Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martín-Conde T *et al.* **Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004.** *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23(4): 221-31.
- ²⁹⁰ Rodríguez-Arenas MA, Jarrin I, Del Amo J, Iribarren JA, Moreno S *et al.* **Delay in the initiation of HAART, poorer virological response, and higher mortality among HIV-infected injecting drug users in Spain.** *AIDS research and human retroviruses* 2006; 22(8): 715-723.
- ²⁹¹ Morris JD, Golub ET, Shruti H *et al.* **Injection drug use and patterns of highly active antiretroviral therapy use: an analysis of ALIVE, WIHS, and MACS cohorts.** *AIDS Research and Therapy* 2007;4:12.

Objetivo 3

Movilizar y coordinar los esfuerzos

19. Vigilancia epidemiológica

La función primordial de la vigilancia epidemiológica es aportar información fiable para que las autoridades sanitarias puedan tomar en cada momento decisiones bien informadas sobre las medidas necesarias para el control de las enfermedades. Esta relación estrecha entre la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones adquiere una relevancia especial en el caso de la infección por VIH, debido al ritmo con el que se suceden los cambios en la epidemia y al hecho de que, en realidad, ésta está constituida por diversas sub-epidemias que se comportan de forma dinámica y afectan a poblaciones en ocasiones muy diversas²⁹².

La planificación, desarrollo y evaluación de las actividades comprendidas en este plan requieren de información epidemiológica de buena calidad. Es necesario que los sistemas de información sobre el VIH se adapten a la evolución cambiante de la epidemia en nuestro país y que tengan la flexibilidad suficiente para responder a las necesidades que vayan surgiendo a lo largo del tiempo. Al mismo tiempo, es imprescindible utilizar metodologías equiparables a las utilizadas en el ámbito europeo y global para poder realizar comparaciones internacionales y contribuir a la vigilancia del VIH en ámbitos supranacionales.

En España, la epidemia del VIH es ya una epidemia madura y se concentra fundamentalmente en algunas subpoblaciones. En los últimos 10 años se ha producido un cambio importante en el patrón epidemiológico de transmisión y se ha evidenciado la entrada de personas originarias de países muy heterogéneos.

En este contexto, la vigilancia epidemiológica del VIH no puede realizarse si no es utilizando una combinación de varias estrategias que se han agrupado aquí en tres epígrafes: Vigilancia de la infección por VIH, vigilancia de las conductas de riesgo y otras fuentes de información complementaria.

Aunque, en aras de la eficiencia, es preciso intensificar la vigilancia en los grupos de población más vulnerables a la infección, no puede descuidarse la atención a la situación en la población general y en los posibles grupos “puente” entre ésta y los segmentos más afectados. En resumen, podríamos decir que la información clave que deben aportar los sistemas de vigilancia sería^{293, 294}:

- Identificar los subgrupos de la población más vulnerables a la infección
- Determinar su tamaño
- Establecer el nivel de infección por el VIH en las poblaciones más afectadas
- Identificar qué conductas de riesgo se producen y con qué frecuencia.
- Establecer la relación que existe entre los subgrupos más vulnerables y el resto de la población.

Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH

Como en otros países desarrollados, la vigilancia de la infección por VIH se realiza primordialmente mediante tres tipos de actividades:

Sistema de notificación de nuevos diagnósticos de infección por el VIH

A diferencia de otros abordajes que se limitan a estudiar grupos específicos, este sistema de notificación capta todas las infecciones diagnosticadas, aunque no pertenezcan a las categorías de exposición clásicas. De ahí la importancia de la información que aporta.

Sus objetivos principales son:

- cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por VIH y su tendencia en el tiempo
- caracterizar a las personas recientemente diagnosticadas y
- aproximarse al conocimiento de las personas recientemente infectadas.

Esta información es la que permite planificar y poner en marcha las actuaciones necesarias para la prevención y la asistencia, y hacer frente a la epidemia. La notificación de los casos de VIH se ha convertido en el elemento clave del seguimiento de la epidemia en Europa, y la Comisión Europea contempla entre sus acciones previstas para 2006-2009 la de completar la cobertura geográfica²⁹⁵ (Figura 22).

Figura 22. Resolución del Parlamento Europeo sobre la carencia de un sistema de notificación de nuevas infecciones por VIH en España e Italia.

P6_TA-PROV (2007) 0137

Lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países vecinos, 2006-2009.

Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de abril de 2007, sobre la lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países vecinos, 2006-2009 (2006/2232(INI))

El Parlamento Europeo,

[...]

Q. Considerando que EuroHIV no tiene datos nacionales sobre **España e Italia**, aunque EuroHIV considera que en ambos países se desarrollan importantes epidemias,

[...]

10. Pide a **España e Italia** que comuniquen sus datos nacionales al ECDC;

[...]

Los primeros sistemas de este tipo en España se desarrollaron en Asturias, La Rioja y Navarra hace años y, con el tiempo, a estas comunidades autónomas se han ido incorporado otras. En 2007 hay datos sobre nuevos diagnósticos en 8 CCAA, que representan casi un tercio del total de población española. Gracias a ello se han podido constatar cambios importantes que se han producido en el patrón de transmisión del VIH, así como la tendencia decreciente de la infección en estas CCAA²⁹⁶. Sin embargo, el hecho de no disponer todavía de información en toda España limita la capacidad de extraer conclusiones definitivas e impide la toma de decisiones informadas allá donde no hay datos. Por ello, es imprescindible hacer un esfuerzo colectivo para que España deje de ser, junto a Italia, el único país entre los 52 que constituyen la región europea de la OMS que no dispone de cifras nacionales de nuevos diagnósticos de VIH.

Implantar el sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VIH en todo el territorio nacional con las debidas garantías de confidencialidad es una de las prioridades de este Plan, ya que esta información es imprescindible para tomar decisiones mejor informadas de salud pública y comparar nuestra situación con la de otros países.

Vigilancia epidemiológica de los casos de sida

Se realiza mediante los registros de sida existentes en España desde el inicio de la epidemia, en una red descentralizada coordinada en el ámbito estatal a través del Registro Nacional de Casos de Sida. Tanto la subnotificación como el grado de cumplimentación de las variables se mantienen en niveles muy aceptables. Por el momento es, junto con la estadística de mortalidad, el único sistema de información de VIH que cubre el conjunto de la población española. Sus principales resultados consisten en la cuantificación de la incidencia de sida anual, por sexo, edad, categoría de transmisión y comunidad autónoma de residencia. Sus actualizaciones se emiten semestralmente.

Los datos que se obtienen sirven para realizar comparaciones geográficas nacionales e internacionales, describir las características de las personas con sida e identificar las vías por las que se infectaron. Además, la incidencia de sida es un indicador fundamental para evaluar la efectividad de las terapias antirretrovirales. Sin embargo, el Registro de Sida sólo aporta información sobre personas que han desarrollado el estadio más avanzado de la infección, y no sobre las personas infectadas más recientemente. Podría ocurrir que la incidencia de sida disminuyera mientras que las nuevas infecciones aumentarían. De ahí la urgencia de implantar un sistema de información sobre los nuevos diagnósticos de VIH en toda España.

La planificación, desarrollo y evaluación de las actividades comprendidas en este plan requieren de información epidemiológica de calidad

Vigilancia centinela de la infección por VIH

Consiste en la monitorización del VIH en poblaciones concretas, elegidas por ser poblaciones diana para las actividades de prevención (clientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, UDI) o por presentar ventajas logísticas para su estudio (mujeres que han dado a luz un hijo vivo, donantes de sangre). Son métodos de vigilancia muy flexibles y adaptados a las necesidades de la prevención. Cuando analizan únicamente una muestra de la población consiguen una alta eficiencia, especialmente si las prevalencias de infección son medias o altas. Presentan limitaciones para comparar la magnitud de diferentes subepidemias porque muchas veces no se conoce bien su base poblacional. Se pueden basar en analíticas voluntarias o bien utilizar la metodología de anónimos no relacionados que evita sesgos de participación.

La vigilancia centinela del VIH en España se compone de las siguientes actividades:

- Análisis de los resultados de las pruebas de VIH en las historias clínicas de las personas admitidas a tratamiento por uso parenteral de drogas en los centros de atención a drogodependientes, en colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).
- Análisis de los resultados de pruebas de VIH voluntarias realizadas en los centros penitenciarios, en colaboración con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Dirección General de Servicios Penitenciarios y Rehabilitación de Cataluña.
- Análisis de los resultados de pruebas de VIH voluntarias realizadas en centros de ETS y de diagnóstico de VIH.
- Recopilación de los resultados de las pruebas de VIH obligatorias realizados en las donaciones de sangre, en colaboración con la Comisión Nacional de Hemoterapia.

- Estudio de seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en recién nacidos.
- Estudios de seroprevalencia en población general mediante la metodología de anónimos no relacionados aprovechando encuestas realizadas para otros propósitos.
- Estudios de ámbito autonómico de seroprevalencia de VIH en colectivos específicos (UDI, HSH).

Además de estas actividades que vienen realizándose de forma sistemática, puntualmente se realizan estudios de seroprevalencia de VIH en otros colectivos específicos (UDI, HSH, PEP, hombres que ejercen la prostitución) captados en la calle, locales públicos o en dispositivos asistenciales móviles.

Vigilancia epidemiológica de conductas de riesgo

La información sobre conductas de riesgo es esencial para la prevención porque permite anticipar el futuro en términos de transmisión del VIH. En España se han realizado estudios de conductas de riesgo para el VIH en población general, algunas seriadas, y en algunas subpoblaciones como UDI, HSH y PEP, de ámbito nacional o autonómico, aunque estas últimas por el momento sólo en Cataluña se repiten periódicamente. Algunas de las principales fuentes de información sobre conductas de riesgo de las que se dispone son:

Encuesta de salud y hábitos sexuales (ESHS)

En 2003 se realizó la primera encuesta de este tipo, y los datos se han publicado recientemente²⁹⁷. El estudio, realizado conjuntamente por el Instituto Nacional de Estadística y la SPNS, recoge información exhaustiva sobre hábitos sexuales en una muestra representativa de la población española de 18 a 49 años. La información que aporta es valiosísima para la prevención de la transmisión del VIH, por lo que será preciso repetirla periódicamente para evaluar las tendencias.

Encuesta escolar sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES)

Desde el año 1994 se han venido realizando en España encuestas bienales con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan enseñanzas secundarias. Las encuestas han sido financiadas y promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y han contado con la colaboración de los planes autonómicos de drogas, las consejerías de educación de las comunidades autónomas y el Ministerio de Educación y Ciencia.

Encuesta domiciliaria sobre el abuso de drogas en España (EDADES)

Programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, promovido por la DGPNSD en colaboración con las comunidades autónomas, que se realiza desde 1995. Se

dispone de una serie temporal que permite conocer, entre otras, las prevalencias de consumo, los perfiles de los consumidores y las pautas de consumo.

Vigilancia epidemiológica de los casos de sífilis y gonococia

La vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es crucial para la vigilancia del VIH. Amén de la estrecha relación existente entre ITS y VIH, estas entidades comparten la vía de transmisión, por lo que son un indicador precoz de que se están produciendo conductas de riesgo que podrían llevar a la transmisión del VIH. De hecho, en los últimos años se ha detectado un incremento de los casos recogidos por los sistemas de vigilancia epidemiológica y microbiológica, lo que hace temer un aumento futuro de la infección por VIH. Desafortunadamente, al no disponerse de información individual sobre los casos, no es posible identificar a los subgrupos de población más afectados.

Se realiza a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, centralizándose los datos en el Centro Nacional de Epidemiología. Se recoge información numérica sobre los casos de sífilis infecciosa y gonococia y la declaración es obligatoria para todos los médicos que atienden a los pacientes, lo que permite obtener tasas de incidencia en toda España y por CCAA. La sífilis congénita es objeto de seguimiento a partir de un registro especial.

Existe además un sistema de información microbiológica (SIM) mediante el que se obtiene información sobre el número de aislamientos de *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Herpes simple, tipos 1 y 2*, que se realizan en una red de laboratorios centinela que actualmente cubren el 25% del territorio nacional.

Vigilancia centinela de la gonococia y la sífilis

Mediante este sistema se recoge información en una red centinela de centros de diagnóstico y tratamiento de ITS. En particular, se obtienen datos sociodemográficos y de conductas de riesgo en la población que solicita asistencia, e información más detallada sobre los casos diagnosticados de gonococia y sífilis. Permite determinar la frecuencia de gonococia y sífilis en distintas poblaciones de interés, evaluar su evolución en el tiempo y caracterizar y establecer la relación entre estas enfermedades y el VIH.

Otras fuentes de información complementarias

Monitorización de la mortalidad por VIH/sida

Las estadísticas de mortalidad según causas, que elabora el INE, informan sobre las defunciones por VIH/sida y permiten la comparación con otros problemas de salud pública. Una de sus limitaciones es que estas estadísticas se publican con varios años de retraso. La utilidad de esta fuente de información es mayor en algunas CCAA que disponen de sus datos con mayor antelación, pudiendo además establecer comparaciones con los registros de sida a fin de completarlos.

Sistemas de información de base asistencial

Desde 1995 se realiza anualmente una encuesta transversal dirigida a los pacientes atendidos en un día en la red del Sistema Nacional de Salud. Se ha convertido en una herramienta útil para conocer las características clínicas, socio-demográficas y epidemiológicas de las personas que solicitan asistencia por el VIH, identificar nuevas necesidades asistenciales y conocer el consumo de recursos y patrones de manejo terapéutico y clínico.

Por otro lado, en los últimos años el conjunto mínimo base de datos (CMBD) ofrece posibilidades adicionales para monitorizar la morbi-mortalidad hospitalaria relacionada con el VIH.

Objetivos

- Implantar un sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VIH en todo el territorio nacional, con las debidas garantías de confidencialidad.
- Mantener y reforzar los sistemas de vigilancia ya implantados, mejorando, cuando sea necesario, su cobertura y calidad.
- Consolidar los sistemas de información sobre conductas de riesgo ya iniciados y evaluar las nuevas necesidades en esta área. En particular, es preciso: a) repetir la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales a los 10 años; y b) ampliar la información epidemiológica sobre ITS, ya que éstas están estrechamente ligadas a la infección por VIH y son un indicador precoz de su evolución.
- Incluir en las publicaciones de los datos producidos por los sistemas de vigilancia el desglose por sexo y, en el análisis de los resultados, tener en cuenta la realidad diferencial de las mujeres.
- Consolidar y mejorar los sistemas de información de base asistencial e identificar nuevas necesidades en esta área.
- Flexibilizar los sistemas de vigilancia de modo que puedan adaptarse a las necesidades y cambios en la evolución de la epidemia.
- Estrechar la relación entre la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en materia de prevención y de planificación de servicios.
- Ampliar y mejorar la difusión de resultados de los sistemas de vigilancia, adaptando los mensajes en función de la población destinataria.

Referencias

²⁹² UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. **Guidelines for effective use of data from HIV surveillance systems.** Geneva, 2004.

²⁹³ UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. WHO/CDS/CSR/ED/200.5. **Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. Second generation surveillance: The next decade.** Geneva, 2000.

²⁹⁴ UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. **Initiating second generation surveillance systems: practical guidelines.** UNAIDS/02.45E-WHO/HIV/2002.17. Geneva, 2002.

²⁹⁵ **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre la lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009.** Bruselas, 15.12.05 COM(2005) 654 final.

²⁹⁶ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/ Centro nacional de Epidemiología. **Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA.** Actualización 2006. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.

²⁹⁷ Instituto Nacional de Estadística/ Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida. **Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003. Informe General.** INE, Madrid, 2006.

20. Responsabilidad compartida y alianzas estratégicas

España dispone desde el año 1987²⁹⁸ de un organismo de coordinación interministerial, interautonómico e interdisciplinar, la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida. La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida es el órgano permanente de coordinación entre los distintos organismos y organizaciones miembros de esta Comisión Nacional²⁹⁹. El segundo elemento crucial en la cooperación interinstitucional fue el Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000³⁰⁰, que diseñó y puso en marcha los instrumentos necesarios para corresponsabilizar a las distintas instituciones públicas, consiguiendo incrementar eficazmente el compromiso de los departamentos y sectores involucrados en las acciones dirigidas a frenar la progresión y el impacto de la infección por VIH. En la tabla 9 figuran las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que participan en actividades contra la infección por VIH.

Se han producido cambios en la aproximación a la epidemia, con un peso creciente de la cooperación internacional, así como de las poblaciones que requieren una mayor atención, como es el caso de los inmigrantes. Las ONG desempeñan un papel cada día más relevante, y se han incrementado notablemente sus responsabilidades de gestión en materia de prevención del VIH. También tiene una mayor presencia el sector privado, y la interdisciplinariedad del Plan Nacional, que en su día fue avanzada en el sector de la salud, debe completarse hoy con algunas disciplinas no representadas, como la psicología o la enfermería, que tienen un papel relevante en la prevención y la atención. Por todo ello es conveniente tanto reforzar la presencia y la capacidad de acción de las asociaciones y organizaciones ciudadanas en los órganos de decisión, como ampliar las organizaciones en ellos representados para adaptarlos a las nuevas necesidades.

Tabla 9. Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que participan en actividades contra la infección por VIH.

<i>Gubernamentales Nacional</i>	<i>No gubernamentales Nacional</i>
<i>Administración general</i> Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto Nacional de Salud Carlos III - Plan Nacional sobre Drogas Ministerio de Educación Ministerio del Interior - DG Instituciones Penitenciarias Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales - DG de Inclusión Social - Instituto de la Mujer - DG de Integración del Inmigrante - Instituto de la Juventud	Organización Médica Colegial Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales GESIDA SEISIDA Federaciones de ONG que trabajan en VIH/sida

Ministerio de Defensa Ministerio de Asuntos Exteriores - Agencia Española de Cooperación Internacional <i>Órganos colegiados</i> Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida Consejo Interterritorial de Salud Federación Española de Municipios y Provincias	Redes de ONG que trabajan en VIH/sida ONG de ámbito nacional que trabajan en VIH/sida ONG con proyección internacional que trabajan en VIH/sida Consejo de la Juventud de España FIPSE Industria farmacéutica Entidades de ahorro
<i>Gubernamentales Autonómicas</i> Planes autonómicos de VIH/sida Planes autonómicos de drogas Centros de estudios epidemiológicos y de investigación Consejerías de Sanidad Consejerías de Servicios Sociales Consejerías de Educación	<i>No gubernamentales Autonómicas</i> ONG de ámbito autonómico o provincial Consejos de la Juventud autonómicos o provinciales
<i>Gubernamentales Locales</i> Servicios sociales municipales Servicios sanitarios municipales Centros de atención a drogodependientes Centros de ITS Centros de mujeres y de planificación familiar Centros de jóvenes	<i>No gubernamentales Locales</i> ONG locales Grupos de iguales Grupos de autoapoyo Asociaciones vecinales Consejos de la Juventud locales

Es asimismo necesario un abordaje de proximidad, en el que deben desempeñar su papel las comunidades locales, compuestas por la suma de las administraciones públicas de carácter local y supralocal, así como de las entidades de la sociedad civil que inciden en cada territorio. Esta dimensión comunitaria es particularmente importante en la respuesta a las demandas de atención social. El ámbito local constituye un espacio óptimo para buscar complicidades y generar dinámicas participativas y corresponsables entre todos los agentes implicados.

Coordinación institucional y movilización de recursos

La principal función de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida es la coordinación de las administraciones públicas para la prevención y el control de la infección por VIH. El trabajo coordinado con las comunidades autónomas, que disponen de competencias sanitarias, sociales y educativas plenas, es sin duda la primera de las prioridades para que su tarea tenga el impacto necesario, y en segundo lugar con éstos y los demás sectores implicados de la administración, en particular con las instituciones penitenciarias, de drogodependencias, de asuntos sociales y de investigación.

Se han producido cambios en la epidemia, con un peso creciente de la cooperación internacional, así como de las poblaciones que requieren una mayor atención, como es el caso de los inmigrantes

En la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA “Crisis mundial – Acción Mundial” aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 2001³⁰¹ y renovada en 2006³⁰², el gobierno reafirmó, junto con su voluntad política, la necesidad de un liderazgo fuerte, un compromiso continuo y coordinado, y los recursos necesarios.

Este liderazgo fuerte sigue siendo el principal elemento para dirigir la respuesta a la epidemia, junto con el apoyo político y los recursos.

Con el fin de desempeñar sus responsabilidades en la coordinación y la armonización de las actividades de prevención y control de la infección por el VIH, una de las acciones de la SPNS es realizar la campaña anual en los grandes medios de comunicación y coordinar las acciones del Día Mundial del Sida. Esto permite mantener una visibilidad, funciona como identificador del Plan Nacional y transmite un mensaje político de interés y coherencia, además de sensibilizar a la población.

Para poder desempeñar eficazmente la función de coordinación de las administraciones públicas, además del apoyo político y los recursos se requiere también el reconocimiento externo de la capacidad de liderazgo, y este reconocimiento lo otorga la calidad técnica. Las administraciones autonómicas tienen a cargo la planificación, gestión y evaluación de casi todas las actividades en esta materia y las funciones de la administración general tienen por objeto armonizar objetivos y añadir el valor estatal a algunas actividades, de modo que produzca retornos beneficiosos para las comunidades autónomas, en particular en las áreas de evaluación, vigilancia epidemiológica, investigación multicéntrica y directrices técnicas. Para ello debe preverse la formación continuada, destinar espacio a la investigación y a la docencia y contar necesariamente con la cooperación técnica interautonómica y de los centros de investigación nacionales y autonómicos.

La vigilancia epidemiológica a nivel nacional es otra de las principales responsabilidades de la SPNS, que debe seguir proporcionando la información básica para diseñar las respuestas más apropiadas a la situación de la epidemia, evaluar su efectividad, informar a la opinión pública y política y responder a sus obligaciones internacionales. Para ello, una vez más son las comunidades autónomas las principales proveedoras de datos, y también las principales destinatarias de la información, que debe elaborarse de manera que resulte útil a los planes autonómicos de sida.

En lo referente a la movilización y evolución de los recursos económicos, desde el primer plan multisectorial, la tendencia de la inversión en VIH/sida en España ha sido marcadamente creciente. A diferencia de otros países europeos de nuestro entorno la tendencia ascendente de los recursos disponibles no se ha quebrado. Probablemente por la especial magnitud que alcanzó la epidemia, y por el activismo mantenido de las asociaciones comunitarias, durante los últimos años no ha descendido la prioridad política. En este incremento han participado todas las administraciones, general, autonómicas y locales, en una verdadera respuesta corresponsable. No obstante, se observan también aquí signos de cansancio que pudieran conducir a bajar injustificadamente un escalón en la prioridad política, precisamente cuando los países europeos afines la retoman nuevamente debido al incremento de las nuevas infecciones en la mayoría de ellos.

A diferencia de otros países, en la última década se ha incrementado la inversión en las actividades de prevención

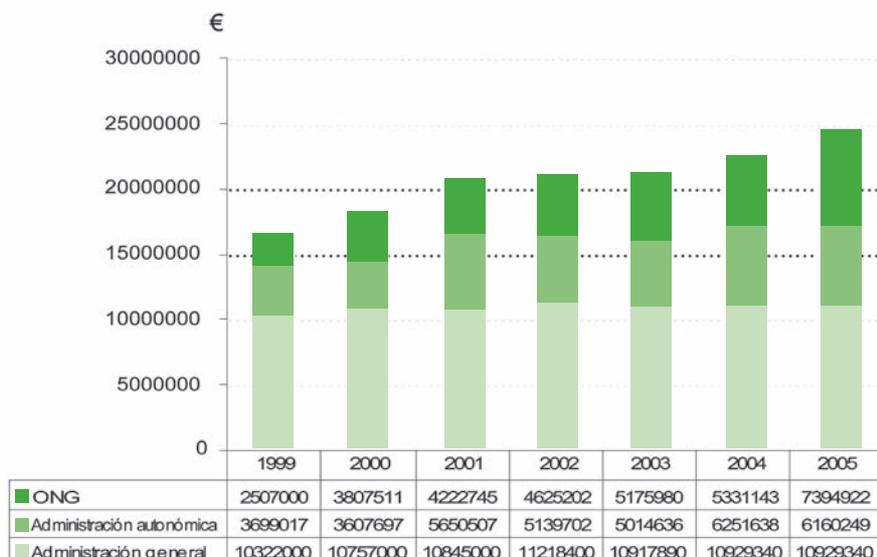
Participación ciudadana

Desde el inicio de la epidemia la participación de las asociaciones ha marcado la respuesta de la sociedad, tanto internacional como nacional, aportando un enfoque basado en los derechos humanos, una orientación social, la exigencia constante de calidad asistencial, manteniendo despierto el compromiso de la ciudadanía y de los políticos y prestando numerosos servicios, particularmente a las poblaciones más vulnerables y más inaccesibles.

Los principios sobre una mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por la infección por el VIH y el sida fueron adoptados en la Declaración de la Cumbre de París sobre el sida celebrada en 1994, donde se establece que los gobiernos deben integrar plenamente a las ONG, a los movimientos asociativos y a las personas con VIH en las acciones emprendidas por los poderes públicos. Este principio de mayor participación es fundamental para asegurar la equidad de toda política o programa relacionado con el VIH. En España, en los últimos años se ha realizado un esfuerzo de consolidación de la participación de los ciudadanos en todos los aspectos de la respuesta a la epidemia, incluyendo la elaboración, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas³⁰³, esfuerzo que se pretende continuar desarrollando.

El peso de las ONG en las actividades de prevención y de apoyo social de la infección por VIH en España ha adquirido una gran importancia a lo largo de los últimos años. El gasto anual destinado al apoyo social a través de ONG ha continuado su crecimiento paulatino, pasando de 4,4 millones de euros en 1996 a 6,2 millones en 2005³⁰⁴. Teniendo en cuenta la caída en la incidencia de casos de sida y la mayor calidad de vida de las personas infectadas, este aumento se puede considerar positivo. Mucho mayor es el incremento de la financiación a ONG para actividades de prevención, que ha pasado de 2,1 millones de euros en 1996 a 7,4 millones en 2005. Las ONG ejecutaron en ese último año el 30% del presupuesto total destinado a actividades de prevención (Figura 23).

Figura 23. Evolución de los fondos destinados a prevención del VIH y proporción que gestiona la administración y las ONG. España, 1999-2005.



Fuente: SPNS.

Es un momento crucial para mejorar la respuesta social organizada y optimizar la calidad de estos programas. El papel que desempeñan las organizaciones no gubernamentales en la prevención, el consejo y el apoyo a los afectados es crucial para obtener buenos resultados. Los anteriores planes multisectoriales señalaban cómo las ONG siempre han aportado una experiencia singular, defendiendo los intereses de los afectados, alertando sobre las necesidades emergentes, respondiendo con agilidad, alcanzando a los más inaccesibles y contribuyendo a la comprensión de la epidemia con el conocimiento desde dentro. Además, en las primeras décadas de la epidemia en España las necesidades eran flagrantes: los derechos de las personas con VIH y de los más vulnerables a la infección a la prevención y al tratamiento sin discriminación alguna. Pero ahora la situación ha cambiado en algunos aspectos. Los fondos y la responsabilidad de las ONG son mucho mayores y continúan creciendo, en un momento en el que las carencias no son tan evidentes e inquestionables como solían, y algunas asociaciones sienten también la necesidad de revisar o matizar sus objetivos. Es necesario que las ONG sean capaces de analizar con rigor las necesidades y puedan responder con la sensibilidad y la creatividad que las caracteriza.

Los gobiernos deben integrar plenamente a las ONG, a los movimientos asociativos y a las personas con VIH en las acciones emprendidas (MPPVS, 1994)

Por todo ello, uno de los principales objetivos de este plan en materia de participación ciudadana es la mejora de la calidad de los servicios y programas. Las actividades de formación, de coordinación entre ONG y de colaboración las ONG con otras instituciones, -servicios sociales, sanitarios, educativos, penitenciarios y legales-, de intercambio de experiencias nacionales e internacionales, de especialización, de elaboración de instrumentos de apoyo y demás acciones dirigidas a mejorar la capacidad de las asociaciones y la calidad de los programas se-

rán prioritarias. La especialización de algunas ONG por áreas de trabajo y su capacidad emblemática no significa que no haya que seguir apoyando las asociaciones de base comunitaria, que a menudo son las que aportan los conocimientos y acciones que más complementan la tarea de la administración. Por parte institucional, se considerará también como prioridad la mejora de los procedimientos administrativos que puedan estar dificultando la ejecución de los programas, especialmente la sostenibilidad y la disponibilidad de los fondos, en el marco de la Ley 38/2003, General de Subvenciones y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 887/2006), así como el refuerzo del seguimiento, apoyo e implicación de la administración en los programas.

El otro gran objetivo, en cierto modo complementario del anterior, es la mayor participación de las asociaciones en la planificación, diseño, ejecución y evaluación de las acciones. Para ello debe consolidarse su participación en los órganos de decisión y de coordinación, para lo cual también es necesario que las organizaciones y asociaciones se agrupen en plataformas, coordinadoras o redes que las puedan representar. Estas mayores exigencias en cuanto a estructuración, pero también calidad y rendimiento de cuentas no deben constituir un impedimento para que las asociaciones desarrollen sus tareas con las cualidades y atributos que precisamente las hacen más necesarias: flexibilidad, agilidad y sensibilidad.

Un buen ejemplo de participación de la sociedad en la articulación de una respuesta organizada frente a los problemas derivados del VIH en España ha sido el Programa de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias (PAVSA)³⁰⁵.

La implicación de las organizaciones ciudadanas que trabajan en VIH/sida y de las asociaciones de afectados es evidente y tiene un considerable desarrollo. Hay en cambio

otros sectores del asociacionismo cuyos fines fundamentales sólo están indirectamente relacionados con la salud, pero cuya implicación es importante para la prevención y el control de la epidemia. Tal es el caso de las asociaciones de mujeres, de inmigrantes o de jóvenes, en las que el abordaje de la prevención del VIH debe realizarse en un contexto más integral, y en las que la tarea previa de sensibilización adquiere un mayor protagonismo.

La SPNS ha colaborado fundamentalmente con las ONG que desarrollan su actividad en el ámbito nacional. No obstante, la implicación creciente de España en la cooperación internacional hace necesario articular cauces de colaboración también con las de ámbito internacional.

Expertos, asociaciones y colegios profesionales

Desde la creación del Plan Nacional sobre el Sida los profesionales han aportado desinteresadamente sus conocimientos a las actividades de la SPNS que requerían su asesoría técnica para alcanzar los mejores niveles de calidad y de especialización, a través del Consejo Asesor Clínico y de otros numerosos mecanismos, elaborando recomendaciones, guías y protocolos, y colaborando conjuntamente en numerosos grupos de trabajo específicos hasta alcanzar el consenso. Estas contribuciones las han realizado tanto expertos individuales como representando a sociedades científicas como Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN), Asociación Española de Estudio del Hígado (AEEH), Asociación Española de Pediatría (AEP), Grupo Colaborativo Español de VIH Pediátrico (CEVIHP), Grupo de Estudio de Alteraciones Metabólicas en VIH (GEAM), Grupo de estudio de sida - SEIMC (GESIDA), Grupo de Estudio de Sida y Trasplante (GESITRA), Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Nutrición Básica Aplicada (SENBA), Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), Sociedad Española de Farmacia y otras. También numerosos investigadores y las instituciones en las que trabajan han aportado su excelencia técnica a las actividades de la SPNS.

Algunas asociaciones y colegios profesionales, como el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, la Organización Médica Colegial, la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, el Consejo General de Enfermería de España o el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos también han trabajado directamente en actividades de prevención del VIH en coordinación con los planes nacional y autonómicos de sida. Hay que destacar el papel de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia en la prevención de la infección por VIH en usuarios de drogas inyectadas, en la que supieron transformar los problemas en soluciones.

En el futuro hay que contar con la continuidad de todas estas alianzas para poder mantener la labor de asesoría de la SPNS, tanto sobre la tarea asistencial como sobre la prevención, y reforzar los aspectos sociales.

El sector privado

Las recomendaciones internacionales señalan la conveniencia de buscar una mayor participación del sector privado en la respuesta a la epidemia. Existen ejemplos excelentes de participación, como es el caso del sector farmacéutico en la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España, FIPSE, o de las grandes fundaciones ligadas a entidades de ahorro, pero en general el papel del sector privado ha sido limitado y puede ampliarse. En los capítulos pertinentes se indican áreas concretas de colaboración.

Objetivos

- Incrementar el compromiso de los departamentos y sectores involucrados en las acciones dirigidas a frenar la progresión y el impacto de la infección por VIH.
- Revisar la composición de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida con el fin de adaptarla a los nuevos sectores implicados y a una mayor participación ciudadana.
- Fomentar la participación de asociaciones de mujeres en la elaboración de los planes y en la ejecución de programas relacionados con el VIH.
- Reforzar el liderazgo de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida proporcionándole los medios para desempeñar un papel coordinador por ser reconocido como centro de calidad.
- Reforzar la coordinación y la colaboración interautonómica.
- Mantener la visibilidad del PNS y transmitir a los políticos la importancia de la epidemia de infección por VIH.
- Establecer mecanismos de comunicación y colaboración técnica con las asociaciones implicadas en la prevención y el apoyo social.
- Fomentar las actividades encaminadas a mejorar la calidad técnica de los servicios y programas realizados por las organizaciones no gubernamentales.
- Adecuar los procedimientos administrativos de modo que permitan una gestión eficiente de los programas y servicios desarrollados por las ONG.
- Mantener la labor de asesoría de la SPNS en colaboración con expertos y asociaciones profesionales, tanto sobre la tarea asistencial como sobre la prevención, y reforzarla en los aspectos sociales.
- Sistematizar la recogida de información sobre los aspectos económicos de la epidemia para crear un sistema común de seguimiento del esfuerzo presupuestario y fomentar los estudios de evaluación económica.

Referencias

²⁹⁸ Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de junio de 1987 por el que se crea la **Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida**.

²⁹⁹ Real Decreto 592/1993, de 23 de abril, por el que se determina la **composición y el funcionamiento de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida**.

³⁰⁰ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000**. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1997.

³⁰¹ **Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.** Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 25-27 de junio de 2001.

³⁰² **Declaración política sobre el VIH/SIDA.** Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas 60/262. Junio 2006.

³⁰³ **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre la lucha contra el VIH/SIDA en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009.** Bruselas, 15.12.2005 COM(2005) 654 final.

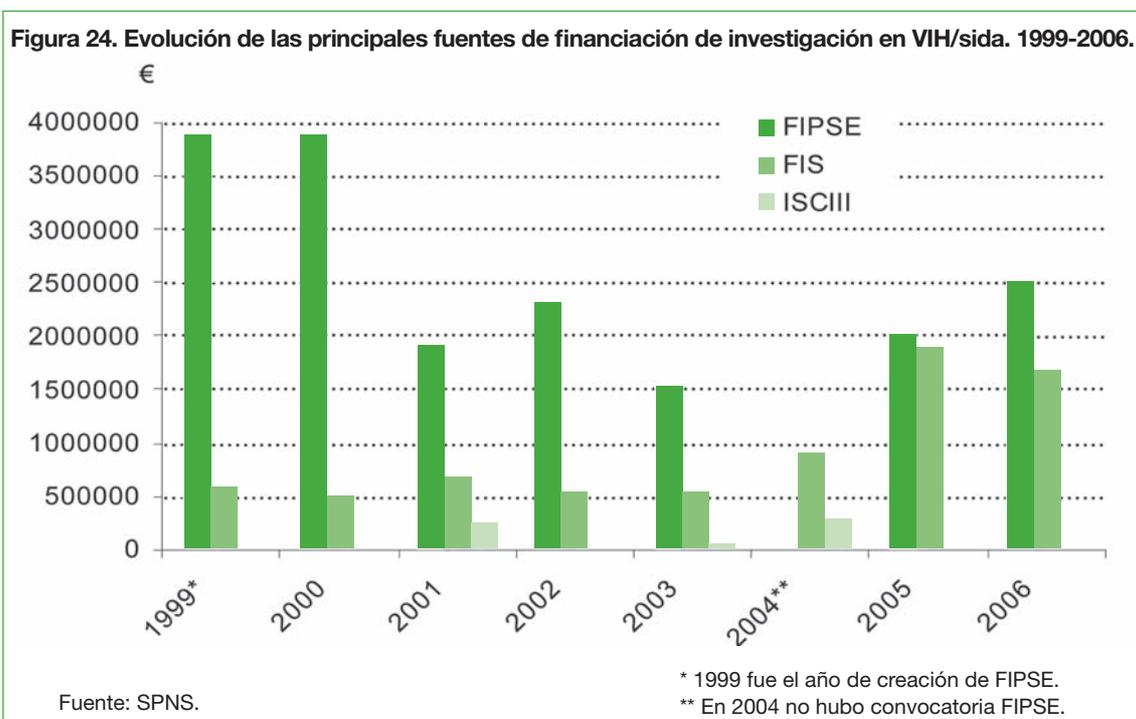
³⁰⁴ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Indicadores del Plan Multisectorial 2001-2005.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, noviembre 2006.

³⁰⁵ **Programa de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias (PAVSA).** Estrategias para reducir el impacto sanitario y social de la infección por VIH-SIDA en Asturias 2003-2007. Gobierno del Principado de Asturias, 2003.

21. Investigación

La investigación es uno de los pilares básicos de conocimiento en todas las áreas pero cobra una especial relevancia en la infección por VIH. Gracias a la investigación se ha conseguido en los años de evolución de la epidemia ampliar el conocimiento de diferentes aspectos que han favorecido la situación de bonanza que viven en el momento actual los pacientes con infección por VIH. La implicación de las administraciones públicas y del sector privado es fundamental ya que facilita la ampliación de recursos y estimula a los profesionales en la búsqueda de soluciones que repercutan de forma directa en la mejora de la situación de los pacientes (Figura 24).

España es uno de los países donde la investigación ha tenido una gran calidad, especialmente desde las áreas básica y clínica. Los laboratorios están dotados tanto de medios materiales como de personal altamente cualificado, y se han invertido estos recursos de manera sostenida, habiéndose generado estudios e importante información con repercusión internacional y reconocimiento de la comunidad científica. A pesar de ello no se debe considerar suficiente, debiendo insistir en la necesidad de continuar con esta línea investigadora. La SPNS considera prioritaria la investigación, y estimula a través de diferentes acciones su continuidad, considerándola objetivo fundamental dentro de los planes estratégicos. Una preocupación creciente ha sido la escasez de iniciativas de investigación en ciencias sociales, epidemiológicas y de conducta, por lo que se han potenciado estas áreas con el fin de conseguir herramientas que permitan planificar de forma racional las actuaciones. Igualmente, una de las conclusiones de la evaluación del anterior plan multisectorial es que, a la hora de cuantificar el gasto, no hay estudios suficientes en España sobre el coste económico de la epidemia de infección por VIH.



La investigación sobre sida, tanto preventiva como terapéutica, es una prioridad absoluta para la Comisión Europea³⁰⁶. Los proyectos están destinados a establecer conexiones y redes entre investigadores, en los que la participación española debe ampliarse.

Los objetivos de investigación deben ir encaminados a:

- Aumentar y reforzar el número y la dimensión de ensayos clínicos de productos nuevos, especialmente de fármacos, vacunas y microbicidas.
- Potenciar la investigación en el área socio-económica.
- Interconectar los esfuerzos europeos de ayuda a la investigación del VIH/sida en países en vías de desarrollo.
- Fomentar la inversión y la participación del sector privado.

En el área de investigación la coordinación de los recursos públicos y privados, principalmente procedentes de la industria farmacéutica, ha permitido un incremento sostenido y muy notable de la inversión en estos años, superando los 4,2 millones de euros en 2006.

La SPNS colabora y financia a través de diferentes vías la investigación nacional e internacional sobre VIH en España, destacando las siguientes:

Investigación nacional

La SPNS colabora de forma activa con diferentes instituciones y grupos de trabajo, principalmente el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) y, además, son iniciativas propias la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE)³⁰⁷ y la Agencia de Ensayos Clínicos (AEC)³⁰⁸ del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).

La investigación biomédica y sanitaria que financia el ISCIII, a través de la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, impulsa la coordinación con las comunidades autónomas y la sinergia con los Fondos Estructurales y el Programa Marco de la Unión Europea. Dentro del VI Programa Marco de la Unión Europea se han creado redes de centros de excelencia científica y centros virtuales.

La Red de Investigación en sida (RIS), durante el periodo 2003-2006 sentó las bases para el desarrollo de una investigación de excelencia en red en el campo del sida. Participaron 30 grupos (básicos, clínicos, mixtos y de epidemiología), y generó cerca de 200 publicaciones originales.

La propuesta de la RIS para el periodo 2007-2010 pretende consolidar la situación y centrarse en plataformas comunes que generen datos y muestras biológicas en las que puedan basarse las líneas estratégicas de investigación. Se dará prioridad a aquellos proyectos que para su desarrollo precisen una red y a aquellos temas que sean específicos de nuestro país o en los que podamos aportar contribuciones originales de alto nivel. El modelo global de la propuesta de la RIS para el periodo 2007-2010 se ha estructurado alrededor de 3 plataformas (cohortes, laboratorios y resistencias) y 4 líneas estratégicas de investigación (clínico- epidemiológica, clínico- terapéutica, inmunopatogenia y vacunas). El modelo se acerca e interacciona con la investigación en red en el campo del sida que se está desarrollando con éxito en países como Estados Unidos (ACTG, INSIGHT), Francia (ANRS), Suiza (cohorte suiza) o la Unión Europea (Eurosida, NEAT). El objetivo global es estudiar las características epidemiológicas, la progresión de la infección por VIH y sus determinantes, así como la respuesta al tratamiento y los factores que influyen en la misma de los pacientes VIH-positivos que integran CoRIS y CoRISpe.

La Red de investigación en sida da prioridad a proyectos en red y a temas específicos de España en los que se puedan aportar contribuciones originales de alto nivel.

Las plataformas de investigación representan un esfuerzo de cooperación entre grupos clínicos, epidemiológicos y básicos para constituir estructuras que den soporte a las líneas de investigación de la RIS. Se incluyen en las mismas bases de datos de pacientes, secuencias, centros de análisis de datos, biobancos y repositorios de material científico y redes de laboratorios con facilidades centralizadas y protocolos normalizados de trabajo en determinadas técnicas de interés para las líneas de investigación de la red. Se contemplan tres grandes plataformas que apo-

yan las líneas transversales de investigación de la RIS. Existen diferentes plataformas tales como cohortes y series de casos, plataforma de laboratorios y plataforma de resistencias.

Las líneas de investigación prioritarias para los próximos años son elaboradas por 10 grupos de trabajo y son las siguientes:

- Grupo de trabajo 1 – Presentación clínica y diagnósticos tardíos. Describir la presentación clínica inicial y cuantificar los diagnósticos tardíos de los pacientes atendidos por primera vez en los hospitales de la RIS por edad, sexo, país de origen, nivel de estudios y categoría de exposición.
- Grupo de trabajo 2 – Co-infección VIH-TBC. Estimar la incidencia de infección y de enfermedad por *Mycobacterium tuberculosis*, la prevalencia de resistencias primarias a fármacos antituberculosos y los resultados del tratamiento.
- Grupo de trabajo 3 - Enfermedades oportunistas. Estimar la incidencia y la tendencia temporal de las enfermedades definitorias de sida por edad, sexo, país de origen, nivel de estudios y categoría de exposición
- Grupo de trabajo 4 - Co-infección VIH-VHC. Estimar el impacto de la infección activa por VHC, del genotipo y la carga viral de VHC en la progresión de la enfermedad hepática y de la infección por VIH.
- Grupo de trabajo 5 – Subtipos, resistencias y tropismo. Estudiar el impacto del subtipo viral, la presencia de resistencias primarias al VIH y el tropismo CCX4 y CCR5 en la evolución de la trayectoria de CD4 y carga viral y la respuesta al tratamiento.
- Grupo de trabajo 6 – Tratamientos y respuesta. Describir los patrones de prescripción de TARGA y los determinantes de la respuesta clínica, inmunológica y virológica al tratamiento en nuestro medio.

También existe una relación directa con el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) a través del cual se realiza la tramitación y seguimiento de acciones de I+D con cargo a fondos nacionales y con el FIS con la financiación de proyectos de investigación en las diferentes áreas. Esta colaboración se establece a través de una convocatoria anual.

El MSC promociona las iniciativas de investigación que sirvan para mejorar la asistencia de la persona enferma. Dentro de los compromisos de la SPNS está el de continuar y promover líneas de investigación de calidad y excelencia, a la que puedan acceder todos aquellos profesionales que trabajan con la infección por VIH en sus diferentes áreas, y cooperar estrechamente para crear nuevas oportunidades y mejores recursos para los científicos emprendedores, así como contribuir al establecimiento de una nueva cultura de relaciones entre el sector académico, la empresa y el sector público.

Uno de los grandes logros en investigación sobre VIH en España fue la constitución en 1998 de FIPSE, cuyo objetivo esencial es impulsar una investigación de calidad en España en los campos básico, clínico, epidemiológico, preventivo, económico y social del VIH. Regida por un patronato con representación paritaria pública y privada, del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto de Salud Carlos III, la Secretaría del Plan Nacional

sobre el Sida y, paralelamente, de las compañías farmacéuticas claves en la investigación y desarrollo de fármacos antirretrovirales. Los objetivos principales de FIPSE son facilitar y coordinar recursos destinados a la investigación del VIH, facilitar el fortalecimiento de la infraestructura investigadora en España, permitiendo el aumento de los equipos científicos y el avance en nuevas líneas de trabajo, reforzar la conexión entre la investigación y la toma de decisiones en materia de VIH/sida y facilitar al máximo los estudios interdisciplinarios.

En la actualidad FIPSE es la principal fuente de financiación de la investigación sobre VIH en España. Su objetivo último es que la epidemia de infección por VIH sea abordada de la forma más efectiva posible, incorporando nuevos hallazgos procedentes de la investigación biomédica y social. En cada convocatoria anual prioriza áreas y temas de especial relevancia en el contexto de la epidemia en España. Estas áreas están divididas en ciencias básicas, clínicas y sociales. Además, desde 2005 financia fuera de convocatoria proyectos pioneros y de especial relevancia científica. La cohorte FIPSE sobre trasplante hepático en pacientes VIH³⁰⁹ es un estudio multidisciplinar de investigación clínica con aplicación directa en salud pública que incorpora también a investigadores básicos para el análisis de muestras y tejidos almacenados. La envergadura y calidad del proyecto ha llevado a la asistencia y la investigación clínica española a la vanguardia mundial en este campo. En el área de epidemiología y prevención ha financiado como proyecto de especial relevancia para la planificación de programas de prevención el informe FIPSE sobre jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH³¹⁰. En el área social, el informe FIPSE sobre discriminación y VIH/sida³¹¹, realizado por la Universidad Carlos III con la colaboración de Cruz Roja Española ha promovido nuevas investigaciones y actuaciones encaminadas a erradicar la discriminación de las personas con VIH en España. Este informe ha supuesto un hito en la investigación al ser el primer estudio sobre el tema realizado en nuestro país.

El MSC, a través de la SPNS, continuará financiando actividades de investigación de GESIDA, a través de la Agencia de Ensayos Clínicos. Los objetivos son tanto potenciar la investigación clínica sobre VIH del SNS como lograr una mayor coordinación entre los centros sanitarios españoles, y facilitar la realización de estudios multicéntricos de muy diverso tipo, tales como ensayos clínicos y estudios de cohorte y de prevalencia, a los que da soporte metodológico y de gestión. Tiene dos áreas diferenciadas: 1) Área científica, de metodología de investigación y estadística y farmacovigilancia. La actividad de esta área se centra en el diseño y redacción de los protocolos de estudios, apoyo científico y metodológico al resto del personal de la AEC y a los investigadores durante el desarrollo de los mismos. Se realiza también el diseño de las bases de datos, introducción de los datos, análisis estadístico y asesoramiento y participación en la elaboración de publicaciones con los resultados obtenidos. Además se desarrollan todas las actividades de farmacovigilancia derivadas de los estudios. 2) Área de monitorización, logística y gestión. Se encarga de la tramitación y aprobación (organismos oficiales y tramitación de contratos con los centros) de ensayos clínicos y estudios multicéntricos con otro tipo de diseño, además de la puesta en marcha, comunicación entre promotor / coordinador y resto de investigadores, monitorización y control de calidad tanto en el desarrollo de los estudios como la recogida de datos. Desarrolla además actividades de gestión económica derivada de la realización de los estudios. La colaboración con la AEC seguirá impulsando la investigación clínica en España.

Investigación internacional

A nivel internacional se establecen y potencian lazos de colaboración con estudios de investigación específicos de índole internacional o con organizaciones de carácter inter-

nacional que trabajan en ámbitos específicos de la investigación del VIH. En este sentido podemos destacar los siguientes:

TRIoH: Targeting Replication and Integration of HIV (actividad sobre la replicación e integración del VIH)³¹². El proyecto TRIoH, financiado por la UE, reúne a investigadores europeos que trabajan en nuevas moléculas con actividad sobre la replicación y/o integración viral. El proyecto TRIoH sigue un enfoque multidisciplinar, que combina ciencia de base, biotecnología e innovación química. Constituye una línea muy importante de estudio de la replicación e integración del VIH, con el objetivo último de desarrollar nuevos y mejores tratamientos contra el VIH/sida.

EMPRO: European Microbicides Project (proyecto europeo de microbicidas)³¹³. Este proyecto, financiado por la UE, está desarrollando nuevos microbicidas tópicos que bloquean la entrada del VIH a las zonas mucosas. El objetivo es establecer un canal de desarrollo de microbicidas candidatos, desde la investigación básica hasta los primeros ensayos en personas. El proyecto examina las propiedades de inhibición de proteínas virales o receptores virales específicos de moléculas de nuevo desarrollo. El proyecto debería proporcionar una base racional para el diseño de futuros microbicidas. España participa a través del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership EDCTP (Asociación de Europa y países en desarrollo para la realización de ensayos clínicos)³¹⁴. El Ministerio de Sanidad y Consumo español viene colaborando de forma activa con la Plataforma Europea de Ensayos Clínicos (EDCTP), resultante de la aplicación del artículo 169 del tratado de la Unión Europea, que preconiza la cooperación de los programas de investigación de los estados miembros en aras a un objetivo común, apoyar el desarrollo de ensayos clínicos para evaluar la eficacia de vacunas, fármacos, microbicidas y otras herramientas para la prevención de las enfermedades ligadas a la pobreza (sida, malaria y tuberculosis) en los países más afectados, en particular los africanos. En 2005 y 2006, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha aportado un millón de euros anuales a esta iniciativa. Además de la donación mencionada, la participación del gobierno español en el EDCTP implica la co-financiación de los proyectos seleccionados por esta entidad en los que participen investigadores españoles.

Estudios de cohorte para mejora de los tratamientos existentes. Profesionales pertenecientes a más de cien de los mejores grupos de investigación clínica de Europa han aunado sus fuerzas para evaluar las mejores opciones de tratamiento para niños, mujeres embarazadas y adultos infectados por el VIH, así como para prevenir la transmisión del virus de madres a hijos. A través de una serie de proyectos, los investigadores están probando combinaciones de medicamentos nuevos y ya existentes para optimizar la terapia del VIH. También están estudiando la forma de responder a una amenaza creciente: la aparición de resistencia a los fármacos antirretrovirales.

Vacunas y otras tecnologías de prevención

La Comisión de Cooperación Internacional del Congreso de los Diputados en su sesión del día 10 de mayo de 2005 aprobó una Proposición No de Ley para dar apoyo e impulsar los esfuerzos de investigación a favor de una vacuna preventiva contra el VIH/sida. La misma Comisión, en su sesión del 31 de mayo de 2005, acordó aprobar otra Proposición No de Ley para hacer frente a la pandemia de sida, instando al Gobierno a acelerar el desarrollo, financiación y accesibilidad de vacunas y microbicidas eficaces para el VIH. Aunque la investigación de la vacuna tiene componentes específicamente nacionales, ningún país ni grupo investigador aislado va a conseguir superar este desafío, por lo que el establecimiento en red de los recursos y capacidades disponibles a nivel mundial es una exigencia. Por otra parte, tanto la vacuna

como los microbicidas pueden enmarcarse en la cooperación al desarrollo. Deben desarrollarse como un esfuerzo conjunto a nivel internacional y es necesario participar y aportar a través de las iniciativas internacionales los fondos suficientes para asegurar su desarrollo.

El MSC y el MAEC, así como algunas administraciones autonómicas y ONG apoyan la investigación de la vacuna a nivel nacional e internacional, esta última a través de iniciativas para acelerar y fortalecer la colaboración entre los distintos implicados en la búsqueda de una vacuna, como el ECDC y la Internacional AIDS Vaccine Initiative (IAVI)³¹⁵. Existen asimismo otras iniciativas de interés como la Global AIDS Vaccine Enterprise³¹⁶ o el Internacional Partnership for Microbicides que también es necesario apoyar en las instituciones internacionales.

Acelerar el desarrollo, la financiación y la accesibilidad de vacunas y microbicidas eficaces para el VIH (Proposición No de Ley, mayo 2005)

Objetivos

- Mantener y promover líneas de investigación de calidad y cooperar estrechamente para crear nuevas oportunidades y mejores recursos para científicos emprendedores.
- Contribuir al establecimiento de una nueva cultura de relaciones entre el sector académico, la empresa y el sector público.
- Potenciar la labor de promoción de la investigación de FIPSE, mediante el aumento de la cuantía de los proyectos de la convocatoria anual y el estímulo de proyectos de especial relevancia.
- Mantener el apoyo a las actividades de investigación clínica a través de la Agencia de Ensayos Clínicos de GESIDA, diversificando sus estudios y ampliando la participación de centros sanitarios y colaborar con otras iniciativas similares.
- Mantener y potenciar la colaboración española en la investigación internacional.
- Reforzar los compromisos con la investigación y el desarrollo de vacunas y microbicidas.
- Apoyar la investigación orientada a las necesidades de salud pública y ciencias sociales.
- Potenciar la investigación específica sobre mujer y VIH, especialmente en relación a factores protectores y de riesgo, tratamientos y consecuencias psicológicas y sociales de la infección.
- Apoyar la participación de la investigación española en las redes europeas.
- Facilitar la participación de todos los agentes implicados en la investigación.

Referencias

³⁰⁶ **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre la lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009.** Bruselas, 15.12.05 COM(2005) 654 final.

³⁰⁷ www.fipse.es

³⁰⁸ www.gesida.seimc.org

³⁰⁹ JM Miró *et al.* **Spanish cohort of HIV infected patients with orthotopic liver transplantation (OLT): evaluation of 50 cases in the highly active antiretroviral era (2002-2005).** 13th CROI 2006. Denver.

³¹⁰ Belza MJ, Koerting A, Suárez M, Álvarez R, López M, Melero I, Royo A. **Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003.** FIPSE. 2006.

³¹¹ Universidad Carlos III / Cruz Roja Española. **Discriminación y VIH/SIDA. 2005. Estudio Fipse sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o Sida.** Fipse, Madrid 2006.

³¹² www.kuleuven.ac.be/molvirgen/projects/trioh/indexr.htm

³¹³ www.empro.org.uk

³¹⁴ www.mrc.ac.uk/AboutUs/index.htm

³¹⁵ www.iavi.org

³¹⁶ www.hivvaccineenterprise.org

22. Coordinación y cooperación internacional

Un enfoque más global

El compromiso político internacional en la lucha contra el VIH/sida atraviesa un momento culminante. El objetivo número 6 de Desarrollo incluido en la Declaración del Milenio³¹⁷, referido a la necesidad de detener y revertir la propagación del VIH para 2015, y la Declaración de Compromiso alcanzada en la Reunión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida³¹⁸ (UNGASS, junio 2001), la Iniciativa de Acceso Universal³¹⁹ (UNGASS, junio 2006), que establece como nuevo objetivo global el acceso universal a los programas de prevención, tratamiento y asistencia para las personas con VIH/sida, así como otras importantes alianzas, como ONUSIDA y el Fondo Mundial para la lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, han impulsado la acción a muchos niveles y han aumentado los recursos de forma significativa.

Es evidente que, en ocasiones, la fragmentación de los esfuerzos, la falta de continuidad y de acciones sostenidas y sinérgicas, y la persistencia del estigma y la discriminación obstaculizan los esfuerzos y el éxito en esta área. Se requieren, por tanto, esfuerzos coordinados para sacar el máximo provecho a las iniciativas existentes.

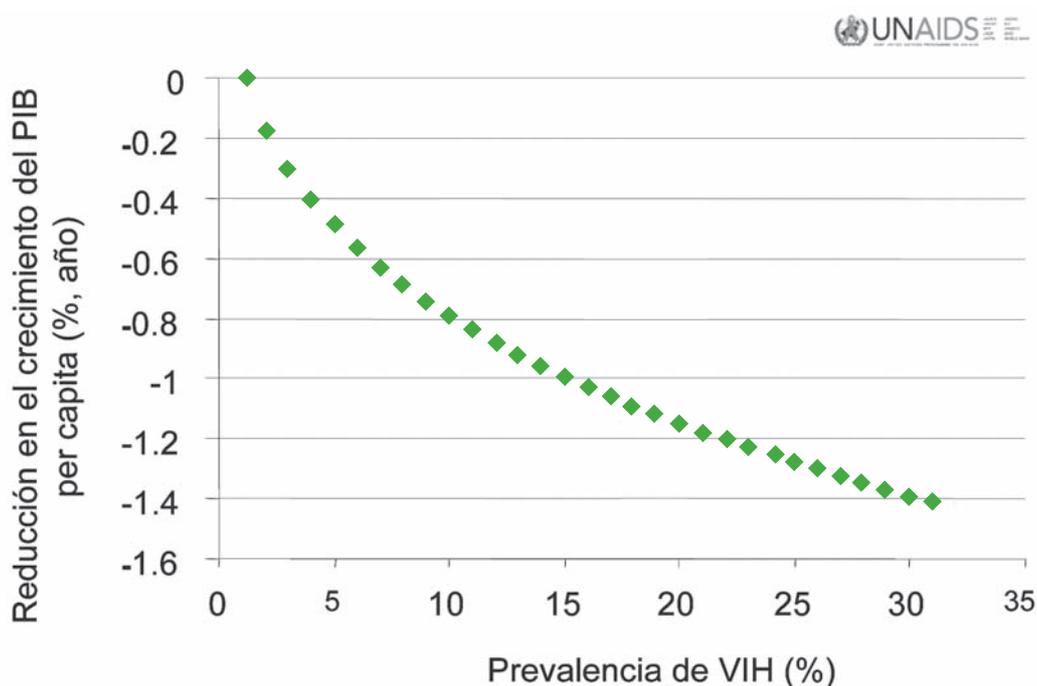
El peso de España en la cooperación al desarrollo se ha incrementado enormemente en años recientes. La política pública de cooperación para el desarrollo constituye para el Gobierno un elemento fundamental de su acción exterior. Un primer avance en la consecución de esta política de Estado fue la aprobación del Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008³²⁰, que establece los objetivos, criterios, prioridades sectoriales y geográficas de la cooperación al desarrollo. Recoge el compromiso del Gobierno de duplicar la ayuda oficial al desarrollo (AOD) en 2008 y alcanzar el 0,7% de la Renta Nacional Bruta en un futuro próximo, tal como reitera la Declaración de Compromiso. América latina y el Mediterráneo siguen siendo el ámbito de atención prioritaria, pero África subsahariana se convierte también en una fuerte apuesta de la cooperación española, con lo que esto supone de incremento en la cooperación en VIH/sida.

El Plan Director, en su capítulo III, sobre estrategias y prioridades sectoriales, señala que la salud es un derecho fundamental del ser humano y que la mejora de la salud de las personas está estrechamente relacionada con la dinámica de desarrollo y la carencia de ésta es una de las expresiones definitorias de la pobreza (Figura 25).

Dicho Plan Director suscribe como áreas prioritarias en salud combatir el VIH/sida, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, y el fomento de una asociación global para el desarrollo, todo ello basado en los principios de equidad y acceso universal a los servicios básicos de salud mediante un enfoque multisectorial y participativo para resolver los problemas sanitarios.

En el período 2008-2012 las actividades sobre VIH/sida a nivel internacional se centrarán en el fomento de la cooperación internacional y en el refuerzo de los sistemas de salud y de prevención que permita generar respuestas multisectoriales e integrales para el

Figura 25. Impacto del VIH en el crecimiento económico. 80 países en desarrollo, 1990-1997.



Fuente: R. Bonnel (2000) Economic Analysis of HIV/AIDS, ADF 2000 Background paper, World Bank

control del VIH/sida y de las infecciones de transmisión sexual, capacitar a los programas nacionales de VIH/sida con los elementos técnicos necesarios y, en definitiva, favorecer el acceso universal a los programas de prevención, tratamiento y asistencia para las personas con VIH. El principal papel en esta tarea lo desempeña el Ministerio de Asuntos Exteriores y la Cooperación (MAEC) a través de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI) y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), correspondiéndole a la SPNS aportar sus conocimientos técnicos y coordinar la política española en esta materia en los organismos y foros internacionales y la UE.

La estrategia de salud de la cooperación española para el 2007³²¹ considera a los sistemas de salud como el núcleo de la problemática y de las soluciones para la mejora de la salud y la reducción de la pobreza. La estrategia promueve un enfoque integral de las intervenciones que permita, por un lado, el reforzamiento de los sistemas y servicios públicos de salud y, por otro, la atención a los problemas de salud que afectan a las poblaciones. Esta visión integral trata de evitar la fragmentación y la falta de liderazgo en materia sanitaria. De hecho, el VIH/sida se ha transversalizado. No sólo es un eje estratégico contra las enfermedades prevalentes, sino que ha de estar en el resto de las líneas estratégicas como el fortalecimiento de los sistemas de salud, la salud sexual y reproductiva o la salud materno-infantil.

Las actuaciones del Gobierno español dirigidas a combatir el VIH/sida están inmersas en las decisiones y medidas adoptadas internacionalmente que se describen a continuación, con el compromiso de reducir las desigualdades existentes y contribuir con nuestros conocimientos a detener la epidemia en el mundo.

Naciones Unidas - ONUSIDA

En el marco de Naciones Unidas, los principales compromisos adoptados son los siguientes:

- Declaración del Milenio adoptada en el 2000³¹⁷, y que contempla como objetivo número 6 combatir el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis, señalando además que detener la propagación de la enfermedad no es sólo un objetivo en sí mismo, sino un requisito previo para alcanzar la mayoría de los demás objetivos.
- Declaración de Compromiso³¹⁸, adoptada por 189 países, incluido España, en junio del 2001, en reunión extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas con objeto de desarrollar el objetivo nº 6 anteriormente señalado y
- La Iniciativa de Acceso Universal alcanzada en junio del 2006³¹⁹, también suscrita por España.

El Programa conjunto de Naciones Unidas, ONUSIDA, se ha constituido en la agencia líder a la hora de combatir esta pandemia mundial. Este Programa es una iniciativa innovadora de Naciones Unidas que aprovecha las energías y fuerzas de cada uno de sus miembros y los induce a emprender una acción colectiva contra el VIH/sida.

ONUSIDA se estableció en 1994 por una resolución del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas y se lanzó en 1996. Son diez los copatrocinadores de ONUSIDA: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD/UNDP), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP/UNFPA), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Banco Mundial, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD/UNODC), Organización Internacional del Trabajo (OIT/ILO), Programa Mundial de Alimentos (PMA/WFP) y Oficina de las Naciones Unidas del Alto Comisionado para los Refugiados (UNHCR).

ONUSIDA se financia con las contribuciones voluntarias de gobiernos, fundaciones, corporaciones, grupos privados e individuos. España viene colaborando y contribuyendo como donante a ONUSIDA desde su inicio. En el año 2007 se ha aprobado el pago de la contribución de España a ONUSIDA por un importe de 4,5 millones de euros, con cargo al Fondo de Ayuda al Desarrollo. Esta contribución se desglosa en 3,5 millones de euros al programa ONUSIDA y 1 millón de euros para apoyo a las actividades de la Iniciativa Internacional para la vacuna contra el sida (IAVI).

Nos comprometemos a seguir desplegando todos los esfuerzos necesarios con el fin de lograr para 2010 el acceso universal a programas amplios de prevención y a los servicios de tratamiento, atención y apoyo (UNGA, 2006)

Fondo mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FMSMT/GFATM)

En la cumbre del G8 que tuvo lugar en Génova en 2001 se decidió establecer el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Se constituyó el 22 de enero de 2002 como mecanismo para generar y canalizar recursos financieros para la lucha contra estas enfermedades. Su objetivo es complementar y reforzar los esfuerzos que llevan a cabo otros organismos financieros y no financieros internacionales, como el Banco Mundial, ONUSIDA o la OMS, así como ONG.

Hasta la fecha ha financiado 350 programas en 128 países por un valor de 4.500 millones de dólares, de los cuales el 58% se ha destinado a la infección por el VIH y el sida. El 57% de los recursos se ha destinado a África subsahariana, el 23% a Asia, Oriente medio y norte de África y el 20% a Latinoamérica, Caribe y Europa del este. Por otro lado, el Banco Mundial ha creado un fondo fiduciario para llevar a cabo la gestión financiera de los recursos comprometidos por los donantes para financiar las actuaciones del GFATM.

España ha mostrado desde el comienzo un fuerte interés en el lanzamiento del Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. En el año 2003 se materializó este compromiso con la aportación de 35 millones de dólares al Fondo, y posteriormente de 15 millones en 2004 y otros 15 en 2005. Durante la Conferencia Internacional de reposición de fondos para el GFATM que tuvo lugar en Londres en septiembre de 2005, España anunció un incremento importante de sus aportaciones para el bienio 2006-2007. El MAEC ha aprobado ya las aportaciones de 63,9 millones de dólares en 2006 y de 100 millones en 2007. Además, el Gobierno español ha comprometido 600 millones de dólares para el periodo 2008-2010.

Organización Mundial y Panamericana de la Salud (OMS-OPS)

España, como país observador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), viene colaborando, a través de la AECI, del MSC y del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), en las actividades que, en materia sanitaria, desarrolla la OPS en áreas específicas de interés común.

En el marco de un Memorando de Entendimiento firmado por la AECI, el MSC y la OPS, el 3 de febrero de 1992, al cual se incorporó el ISCIII los años 2003 y 2004, la cooperación de las partes se ha desarrollado hasta el 2004 a través de la suscripción anual de once Planes de Actuaciones Conjuntas, que han sido sustituidos a partir de 2005 por la firma de un Memorando para un Programa de salud en Iberoamérica. En el año 2006 los fondos destinados por la AECI a dicho Programa ascendieron a 2 millones de euros.

Unión Europea

La estrategia de lucha contra el VIH/sida está estrechamente relacionada con el refuerzo de los valores europeos generales sobre seguridad humana y protección de los derechos humanos, incluidos los derechos sobre sexualidad y reproducción, los derechos de las minorías y los derechos fundamentales de los inmigrantes, los refugiados y los desplazados.

La declaración de UNGASS y las declaraciones de Dublín³²², Vilna³²³ y Bremen³²⁴ están presentes en los objetivos establecidos en la lucha contra el VIH/sida en la UE.

La Comisión pretende consolidar la participación de la sociedad civil en todos los aspectos de la respuesta a la epidemia, entre los que figuran la elaboración, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas, dentro de su planteamiento integral y coordinado en los países de la UE y de su entorno, tal y como se contempla en el Comunicado de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre la lucha contra el VIH/sida en la UE y los países de su entorno (2006-2009)³²⁵.

Por la Decisión 1209/2003/EC, y aplicando el artículo 169 por primera vez, los Estados Miembros de la UE crean el European and Development Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP) para desarrollar de forma conjunta con los países en vías de desarrollo ensayos clínicos sobre productos relacionados con el SIDA, TBC y malaria.

Proyecto ESTHER

El proyecto ESTHER fue una propuesta del Ministerio de Sanidad francés a los países de la Europa Occidental que se hizo pública con motivo de la Conferencia Mundial de Naciones Unidas contra el Sida de junio de 2001 en Nueva York. Desde entonces, 4 países lideran el proyecto, Francia, España, Italia y Luxemburgo. Posteriormente, el 15 de marzo de 2004, en Luxemburgo, tuvo lugar la adhesión de Portugal, Austria, Bélgica y Alemania.

ESTHER pretende hermanar hospitales de países del norte y de países en desarrollo para que se produzca un compromiso de colaboración basado en la transferencia de conocimientos, de experiencia y tecnología destinada a la atención integral del paciente infectado por el VIH y a la capacitación para el uso de los instrumentos de prevención de los más vulnerables.

España, por sus tradicionales lazos con América latina, ha contribuido a esta iniciativa ampliando el espectro de países africanos, propuestos por el resto de países europeos, con los más necesitados de América latina. La implicación de la SPNS en este proyecto ha sido crucial.

La selección de países se ha realizado de acuerdo con la situación epidemiológica y la capacidad nacional de respuesta a la epidemia. Hasta el momento se ha iniciado el proyecto en Ecuador, Honduras, Nicaragua y El Salvador.

Los objetivos de ESTHER son la formación técnica en el manejo integral del paciente VIH para profesionales de salud y el apoyo en el suministro de equipamiento técnico y de laboratorio para el diagnóstico en función de la disponibilidad y necesidades.

Otras actividades de cooperación

La SPNS desarrolla actividades de cooperación directa e intercambio de experiencias con el fin de compartir conocimientos en aquellos ámbitos en los que se cuenta con una experiencia reconocida, como es el caso de los programas de prevención del VIH en usuarios de drogas por vía parenteral, principalmente programas de metadona y de intercambio de jeringuillas, con países de Europa del Este, Asia Central y Latinoamérica.

Objetivos

- Contribuir a alcanzar los objetivos establecidos por Naciones Unidas para la prevención, asistencia y tratamiento de la infección por VIH/sida mediante la participación en los organismos y foros internacionales y el incremento progresivo de la financiación en la cuantía que correspondería a España según las necesidades mundiales calculadas por ONUSIDA.

- Defender y sostener en los organismos y foros internacionales una política en consonancia con los principios rectores de este Plan Multisectorial, en particular en lo relativo a los derechos humanos de las personas con VIH y los grupos vulnerables.
- Mejorar la coordinación de la SPNS con el MAEC, otros departamentos ministeriales y comunidades autónomas, agencias de cooperación al desarrollo y las ONG que trabajan en programas internacionales de VIH/sida.
- Prestar apoyo técnico a otros departamentos ministeriales para el desarrollo de programas y proyectos de cooperación internacional en materia de VIH/sida.
- Reforzar las políticas de salud pública y los programas para prevenir y controlar la transmisión del VIH por vía sexual, la asociada al consumo de drogas por vía intravenosa y la vertical, favoreciendo el intercambio de buenas prácticas.
- Colaborar en los esfuerzos de adaptación y mejora de las estructuras sanitarias de los países en vías de desarrollo.
- Potenciar la capacidad de los países para proporcionar el acceso universal a una atención integral y coordinada en materia de prevención, diagnóstico, asistencia y tratamiento de las personas con VIH/sida.
- Promover y garantizar los derechos humanos en los proyectos de cooperación, luchando contra el estigma y la discriminación que sufren las personas con VIH.
- Promover la participación de la sociedad civil tanto a nivel nacional como a internacional.

Referencias

³¹⁷ Asamblea General de Naciones Unidas 55 sesión. Resolución A/55/L.2. **Declaración del Milenio**. Naciones Unidas. Nueva York, 2000.

³¹⁸ **Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA**. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Resolución A/RES/S-26//2. Junio de 2001.

³¹⁹ **Declaración política sobre el VIH/SIDA**. Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas 60/262. Junio 2006.

³²⁰ Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo. **Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008**. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Madrid 2005.

³²¹ **Plan anual de cooperación internacional 2007**. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Madrid 2007.

³²² **Dublin Declaration**. Conference “Breaking the Barriers – Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin, 24 February 2004.

³²³ **Vilnius Declaration**. Conference Europe and HIV/AIDS - New Challenges, New Opportunities. Lithuania, 17 September 2004.

³²⁴ **Bremen Declaration**. Ministerial Conference Responsibility and Partnership Together Against HIV/AIDS. Bremen, 13 March 2007.

³²⁵ **Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, de 15 de diciembre de 2005, sobre la lucha contra el VIH/sida en la Unión Europea y los países de su entorno, 2006-2009** [COM (2005) 654 final - no publicada en el Diario Oficial].

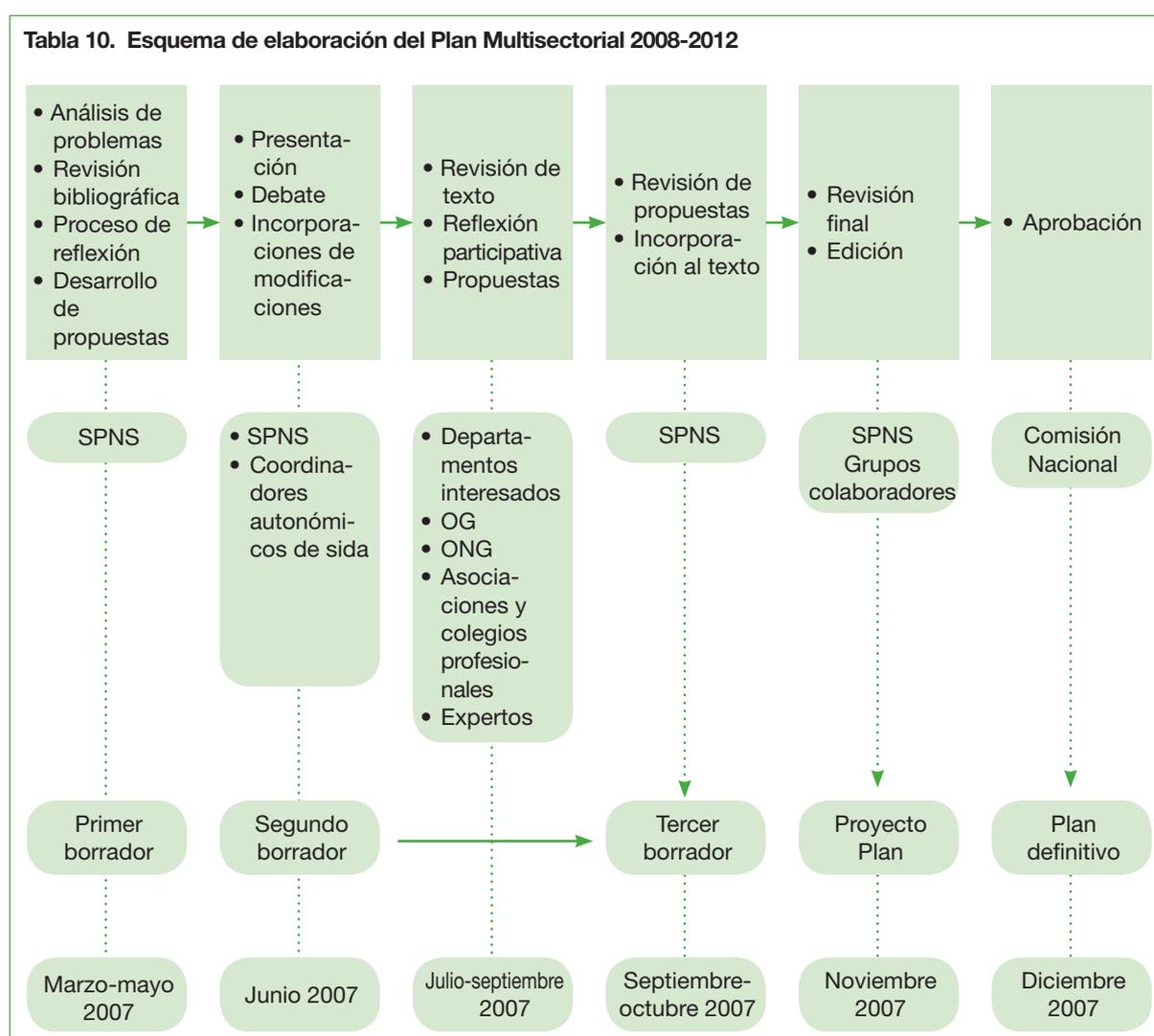
Anexos

Anexo 1.

Proceso de elaboración y consenso

La elaboración del plan multisectorial es un proceso conjunto en el que participan los planes autonómicos de sida, numerosas instituciones de todos los niveles de la administración, asociaciones profesionales, ONG que trabajan en el ámbito del VIH, expertos y ciudadanos, coordinado desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

El proceso se resume en el siguiente esquema.



Anexo 2.

Autores y colaboradores

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

Mónica Suárez Cardona (coordinación)
María José Bleda Hernández
Asunción Díaz Franco
Mercedes Diez Ruiz-Navarro
Luis de la Fuente de Hoz
Ana Koerting de Castro
Cristina Menoyo Monasterio
Montserrat Neira León
Jesús Ángel Oliva Domínguez
Rosa Polo Rodríguez
Teresa Robledo de Dios
Teresa Seisdedos Porta
Amaia Vitoria Isusi

Grupos colaboradores

Coordinadores autonómicos de sida

Manuel Rodríguez Rodríguez. Jefe de Servicio. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de Andalucía.

Luis Gascón Andreu. Coordinador del Programa de Prevención y Control de la Infección por VIH/Sida. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Aragón.

Gema Álvarez Iglesias. Programa de Prevención y Atención a las Personas Afectadas por el VIH-SIDA. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.

Rosa Aranguren Balerdi. Coordinadora Regional de Sida. Consejería de Sanidad y Seguridad Social de Baleares.

Alberto Armas Navarro. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud y Coordinador Autonómico del Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Canarias.

Teresa Pelayo Cortines. Jefe de Sección de Vigilancia Epidemiológica. Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Consumo de Cantabria.

José Luis López Hernández. Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Carmelo Ruiz Cosín. Jefe del Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

Albert Gimenez i Massat. Director del Programa para la Prevención y Asistencia del Sida. Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.

Clarencio Cebrián Ordiales. Coordinador Regional de Sida de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.

José Antonio Taboada Rodríguez. Jefe del Servicio de Prevención y Control de la Infección por VIH y otras enfermedades transmisibles de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Galicia.

Francisco Marqués Marqués. Subdirector General de Epidemiología, Prevención, Promoción de la Salud y Sanidad Ambiental. Comunidad de Madrid.

Francisco Pérez Riquelme. Coordinador Regional de Sida de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

Lázaro Elizalde Soto. Coordinador del Programa de Prevención y Control de la Infección por VIH/sida. Instituto de Salud Pública de Navarra.

Milagros Perucha González. Jefe del Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de la Rioja.

Daniel Zulaika Aristi. Coordinador del Plan de Prevención y Control de Sida del Servicio Vasco de Salud.

Mercedes Pons Esteve. Jefa de la Unidad de Sida de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana.

Cleopatra R'Kaina Liesfi. Responsable del Plan de Sida de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Daniel Castrillejo Pérez. Coordinador Provincial de Sida del Gobierno Autónomo de Melilla.

Directivos y técnicos de distintos departamentos

Subdirección General de Organizaciones no Gubernamentales y Voluntariado. Dirección General de Inclusión Social. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Dirección General de Integración de los Inmigrantes. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Subdirección General de Gestión. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Centro de Investigación y Documentación Educativa - CIDE. Ministerio de Educación y Ciencia.

Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa “Capitán Médico Ramón y Cajal”. Ministerio de Defensa.

Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.

Agencia Española de Cooperación Internacional. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.

Organizaciones no gubernamentales

Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituta. APRAMP
Cáritas Española

Creación positiva

Consejo de la Juventud de España. CJE

Coordinadora Estatal de VIH-SIDA. CESIDA

Cruz Roja Española

Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales. FELGTB

Federación estatal de personas afectadas por las drogas y el VIH. FAUDAS

Formación e Información sobre Tratamientos en el VIH/SIDA. FIT

Fundación Atenea- Grupo GID

Fundación del Movimiento Ciudadano Antisida. FUNSIDA

Genera. Associació en defensa dels drets de les dones en situació d'exclusió i marginació social

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. gTt-VIH

Médicos del Mundo

Red Comunitaria sobre el VIH/sida del Estado español RED2002

Secretariado General Gitano

Stop sida

Tenemos Sida

Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. UNAD

Asociaciones profesionales

Organización Médica Colegial
Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
Consejo General de Enfermería de España
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida
Grupo de Estudio de Alteraciones Metabólicas en VIH
Grupo de estudio de sida - Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
Asociación Española de Pediatría
Sociedad Española de Epidemiología
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
Sociedad Española de Infectología Pediátrica
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida agradece a María José Fuster, Maite Manzanera, Isabel Noguer, Domingo Núñez, Francisco Parras y Jordi Petit sus valiosas aportaciones al documento, así como al Consejo Asesor Clínico.

Anexo 3.

Abreviaturas

AEC	Agencia Española de Ensayos Clínicos
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AEDN	Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas
AEEH	Asociación Española de Estudio del Hígado
AEP	Asociación Española de Pediatría
ANR	Anónimo no relacionado
AOD	Ayuda oficial al desarrollo
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CAC	Consejo Asesor Clínico
CCAA	Comunidades autónomas
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEESCAT	Centro de estudios epidemiológicos sobre el sida de Cataluña
CEVIHP	Grupo Colaborativo Español de VIH Pediátrico
CIBER	Centro de Investigación Biomédica en Red
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CNE	Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III
DGIP	Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior
DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
ECDC	Centros Europeos para la Prevención de Enfermedades
EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre el Abuso de Drogas en España
ESTUDES	Encuesta Escolar sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FGSMT	Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis
FIPSE	Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España
FIS	Fondo de Investigaciones Sanitarias
FIV	Fecundación <i>in vitro</i>
GAE	Grupos de apoyo emocional
GAM	Grupos de apoyo mutuo
GDR	Grupo diagnóstico relacionado
GEAM	Grupo de Estudio de Alteraciones Metabólicas en VIH
GESIDA	Grupo de estudio de sida - SEIMC
GESITRA	Grupo de Estudio de Sida y Trasplante
GFATM	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
I+D	Investigación y desarrollo
IAVI	Internacional AIDS Vaccine Initiative
IMIM	Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona
IMUJER	Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
ISCIH	Instituto de Salud Carlos III
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo

LAF	Lipoatrofia facial
MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
MEC	Ministerio de Educación y Ciencia
MD	Ministerio de Defensa
MJ	Ministerio de Justicia
MPPVS	Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por la infección por el VIH y el sida
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
OCATT	Organización Catalana de Transplantes
OED	Observatorio Español sobre Drogas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OG	Organizaciones gubernamentales
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
ONUSIDA	Programa conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAVSA	Programa de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA en Asturias
PEP	Personas que ejercen la prostitución
PIJ	Programa de intercambio de jeringuillas
PMM	Programa de mantenimiento con metadona
PNSD	Plan Nacional sobre Drogas, MSC
PPE	Profilaxis post-exposición
PPENO	Profilaxis post-exposición no ocupacional
RIS	Red de investigación en sida
RTIC	Redes temáticas de investigación cooperativa
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, MAEC
SEDCA	Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación
SEFH	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SEIMC	Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
SEIP	Sociedad Española de Infectología Pediátrica
SEISIDA	Sociedad Española Interdisciplinar del Sida
SemFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SENBA	Sociedad Española de Nutrición Básica Aplicada
SENPE	Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral
SIM	Sistema de información microbiológica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPNS	Secretaría Plan Nacional sobre el Sida, MSC
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
UDI	Usuarios de drogas inyectadas
UDVP	Usuarios de drogas por vía parenteral
UE	Unión Europea
VE	Vigilancia epidemiológica
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano

Anexo 4.

Listado de tablas

- Tabla 1.** Principios rectores.
- Tabla 2.** Objetivos generales (OMS, 1987).
- Tabla 3.** Diez prioridades para el periodo 2008-2012.
- Tabla 4.** Indicadores básicos por prioridades 2008-2012.
- Tabla 5.** Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España a finales de 2006.
- Tabla 6.** Subgrupos de población y ámbitos que requieren intervenciones preventivas específicas – Grupos de prevención.
- Tabla 7.** Servicios de elección para la prevención de VIH en el medio asistencial.
- Tabla 8.** Áreas de trabajo en calidad asistencial.
- Tabla 9.** Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que participan en actividades contra la infección por VIH.
- Tabla 10.** Esquema de elaboración del Plan Multisectorial 2008-2012.

Anexo 5.

Listado de figuras

- Figura 1.** Evolución de la epidemia de VIH. España, 1982-2004.
- Figura 2.** Casos nuevos de sida anuales por sexo y categoría de transmisión. España, 1981-2006.
- Figura 3.** Evolución de la incidencia de sida. España, 1981-2006.
- Figura 4.** Nuevos diagnósticos de VIH anuales por sexo y categoría de transmisión. España, 2003-2005.
- Figura 5.** Porcentaje de personas que usaron siempre preservativo con las parejas ocasionales los últimos 12 meses según grupo de edad. España, 1996 y 2003.
- Figura 6.** Porcentaje de personas de 18 a 49 años que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses según sexo y comunidad autónoma. España, 2003.
- Figura 7.** Porcentaje de personas de 18 a 49 años que han tenido relaciones homosexuales alguna vez en la vida según sexo y nivel de estudios. España, 2003.
- Figura 8.** Prevalencia de VIH en HSH. Test con saliva. Cataluña, 1995-2004.
- Figura 9.** Puntos de intercambio de jeringas, jeringas intercambiadas/distribuidas, inyectores admitidos a tratamiento cuya vía principal de administración es la inyección, y consumidores que se han inyectado alguna vez admitidos a tratamiento por primera vez por abuso o dependencia de heroína o cocaína. España, 1991-2005.
- Figura 10.** Hombres de 18 a 49 años que han tenido relaciones sexuales comerciales en el último año según edad y nivel de estudios. España, 2003.
- Figura 11.** Evolución de los extranjeros sobre población total. España, 1998-2006.
- Figura 12.** Jóvenes de 18 a 29 años que tienen su primera relación sexual con penetración con 15 años o menos, por sexos. España, 2003.
- Figura 13.** Incidencia anual de sida por sexo. Casos notificados entre 25 y 34 años. España, 1997-2006. Actualización a 31/12/06.
- Figura 14.** Evolución de la prevalencia de VIH y de los programas de reducción de daños en prisiones. España, 1996-2005.
- Figura 15.** Casos de sida de transmisión madre-hijo corregidos por retraso en la notificación. España, 1984-2006. Actualización a 31/12/06.
- Figura 16.** Porcentaje de HSH que se había hecho la prueba que recibió consejo asistido. España, 2003.
- Figura 17.** Porcentaje de personas de 18 a 49 años que no trabajaría o estudiaría en el mismo centro con una persona infectada por el virus del sida según nivel de estudios. España, 2003.
- Figura 18.** Estimación de la responsabilidad en las nuevas infecciones anuales por transmisión sexual entre las personas con VIH que conocen y las que desconocen su infección.
- Figura 19.** Porcentaje de personas de 18 a 49 años que se ha realizado la prueba del VIH alguna vez en la vida según sexo y comunidad autónoma. España, 2003.

- Figura 20.** Número de fallecimientos por VIH/sida, total y por sexos. España, 1981-2004.
- Figura 21.** Porcentaje de pacientes con VIH que no usaron preservativo en su última relación sexual. España, 2002-2006.
- Figura 22.** Resolución del Parlamento Europeo sobre la carencia de un sistema de notificación de nuevas infecciones por VIH en España e Italia.
- Figura 23.** Evolución de los fondos destinados a prevención del VIH y proporción que gestiona la administración y las ONG. España, 1999-2005.
- Figura 24.** Evolución de las principales fuentes de financiación de investigación en VIH/sida. España, 1999-2006.
- Figura 25.** Impacto del VIH en el crecimiento económico. 80 países en desarrollo, 1990-1997.

Anexo 6.

Indicadores

Los indicadores del Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida 2008-2012 parten de una revisión y selección de los indicadores que estableció el Plan 2001-2005³²⁶, a los que dan continuidad. Tienen en cuenta además los Indicadores básicos para la aplicación de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA desarrollados por ONUSIDA³²⁷.

Los indicadores se agrupan en tres categorías, 1) indicadores claves, 2) indicadores básicos y 3) indicadores por programas. La revisión de los indicadores clave, que pasan de los 20 que eran en el Plan 2001-2005 a 25, es fruto del consenso con las comunidades autónomas y demás organismos interesados. Los 15 indicadores que se han seleccionado para valorar los avances en las prioridades establecidas en el presente documento figuran a continuación y, finalmente, los indicadores por programas son los que permitirán el seguimiento de las distintas áreas de programación.

1. Presupuesto anual del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS y CCAA) para prevención de la infección por VIH.
2. Inversión en prevención y apoyo asistencial del VIH (SPNS, MTAS y CCAA) a través de las organizaciones no gubernamentales.
3. Porcentaje de la población general de 18 a 49 años que no trabajaría o estudiaría en el mismo centro que una persona con VIH, por sexo.
4. Porcentaje de nuevas infecciones diagnosticadas con un nivel de CD4 por debajo de 200/ μ l, por sexo.
5. Número anual de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas cuya categoría de transmisión es el uso compartido de material de inyección para consumo de drogas, por sexo.
6. Prevalencia de infección en usuarios de drogas por vía parenteral por sexo.
7. Porcentaje de UDI que utiliza siempre preservativo en las relaciones sexuales con la pareja estable, por sexo.
8. Número anual de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas cuya categoría de transmisión es la de hombres homosexuales/bisexuales.
9. Prevalencia de infección en hombres que tienen sexo con hombres.

10. Porcentaje de HSH que utiliza siempre el preservativo en la penetración anal con parejas ocasionales.
11. Número de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas en personas con país de origen distinto de España, por sexo y país de origen.
12. La evolución de la frecuencia con que se protegen los y las jóvenes se medirá mediante el uso del condón en la primera relación sexual con la última nueva pareja, por sexo.
13. Porcentaje de pacientes con VIH que acuden a tratamiento que usó preservativo en la última relación sexual, por sexo.
14. Cobertura poblacional anual del sistema de notificación de nuevos diagnósticos de VIH.
15. Presupuesto anual destinado a cooperación internacional en VIH y sida, a través de organismos internacionales y bilateralmente.

La actualización intermedia y final se realiza desde la SPNS con el apoyo de los planes autonómicos de sida y de las organizaciones e investigadores que participan en las distintas áreas relacionadas con la infección por VIH, que constituyen las principales fuentes de información.

Los indicadores completos del Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida 2008-2012 se publican separadamente.

³²⁶ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. **Infección por VIH y sida en España. Plan Multisectorial. Indicadores 2006.** Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2006.

³²⁷ ONUSIDA. **Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Informe 2008.** (Informe ONUSIDA/07.12S / JC1318S). Ginebra 2007.