



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL

INFORME DE EVALUACIÓN PLAN ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH E ITS 2013 - 2016

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA CALIDAD E INNOVACIÓN

2018

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

D^a. Pilar Aparicio Azcárraga

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

D^a. Rosa Polo Rodríguez

Jefa de Área Asistencial y de Investigación.

D^a. Asunción Díaz Franco

Investigadora Titular. Área de Epidemiología del VIH y Conductas de Riesgo.
Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

D^a. M^a Magdalena Holgado Pérez

Unidad de apoyo del Plan Nacional sobre Sida

D^a. L. Roxana Tuesta Reina

Plan Nacional sobre el Sida. Técnica Superior Externa TRAGSATEC

D^a. Gabriela Fagundez Machaín

Plan Nacional sobre el Sida. Técnica Superior Externa TRAGSATEC

D^a. Ana Koerting de Castro

Plan Nacional sobre el Sida. Técnica Superior Externa TRAGSATEC

Representantes de las Comunidades Autónomas

D. Fernando Lozano de León Naranjo

Director del Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS.

D. Javier Toledo Pallarés

Coordinador del Plan Autonómico de Sida de Aragón.

D^a. María Rosario Hernández Alba

Coordinadora del Programa de Prevención y Atención a las Personas Afectadas por el VIH-Sida en Asturias.

D^a. Rosa Aranguren Balerdi

Coordinadora Autonómica de Sida del Gobierno Balear.

D. Domingo Núñez Gallo

Jefe de Servicio de Prevención del Sida de Canarias.

D. Luis Javier Viloría Raymundo

Jefe de Sección de Vigilancia Epidemiológica del Gobierno de Cantabria.

D. Gonzalo Gutiérrez Ávila

Jefe de Servicio de Epidemiología. D. G. de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo de la Junta de Castilla la Mancha

D^a. María del Henar Marcos Rodríguez

Jefa de Sección de Vigilancia Epidemiológica de la Junta de Castilla y León.

D. Joan Colom Farran

Director del Programa para la Prevención y Asistencia del Sida de la Generalitat de Cataluña.

D. Juan Luis Cordero Carrasco

Director General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.

D. José Antonio Taboada Rodríguez

Jefe de Servicio de Prevención y Control de enfermedades transmisibles de la Xunta de Galicia.

D^a. M^a José Esteban Niveiro

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Comunidad de Madrid.

D. Francisco Pérez Riquelme

Coordinador Regional de Sida del Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Región de Murcia.

D. Lázaro Elizalde Soto

Coordinador del programa de Prevención y Control de sida en Navarra.

D^a. Eva Martínez Ochoa

Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública del Gobierno de la Rioja.

D. Daniel Zulaika Aristi

Coordinador del Plan de Prevención y Control del Sida del Gobierno Vasco.

D. Valentín Esteban Buedo

Jefe del Servicio de Planes, Programas y Estrategias de Salud de la Generalitat Valenciana.

D^a. Cleopatra R'Kaina Liesfi

Responsable del Plan sobre el Sida en Ceuta.

D. Daniel Castrillejo Pérez

Médico de Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Melilla.

D. José Manuel Arroyo Cobo

Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria del Ministerio del Interior.

Consejo Asesor y Consultivo de ONGs – (COAC)

D. Juan Antonio García Almonacid

CÁRITAS

D. Ramón Espacio

CESIDA

D. Antonio Ferre Alonso.

COLEGAS

D^a. Mar Echenique Gonzalez
CRUZ ROJA

D^a. Jennifer Rebollo Norberto
FELGTB

D. Julio Gómez Caballero
Federación Trabajando en Positivo

D. José M^a Nuñez Blanco
Fundación Triángulo

D^a. Pilar Herrera
Liga Española de la Educación y la Cultura Popular

D^a. Carolina Montero
Médicos Del Mundo

INDICE

<i>Introducción</i>	6
<i>Objetivo general</i>	7
<i>Objetivos específicos</i>	7
<i>Metodología</i>	7
<i>Objetivo 1. Favorecer la coordinación nacional e internacional</i>	9
<i>Objetivo 2: Adaptar los sistemas de información a las necesidades en respuesta a la epidemia</i>	11
<i>Objetivo 3. Incrementar los conocimientos frente a la infección por el VIH y otras ITS.</i>	17
<i>Objetivo 4. Disminuir la incidencia de infecciones por VIH y otras ITS</i>	28
<i>Objetivo 5. Promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH y otras ITS</i>	35
<i>Objetivo 6. Prevenir la limitación de la capacidad funcional y de la comorbilidad asociada</i>	39
<i>Objetivo 7. Mejorar el acceso al tratamiento precoz de las personas con infecciones por el VIH y otras ITS</i>	40
<i>Objetivo 8. Garantizar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales</i>	43
<i>Objetivo 9. Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH e ITS</i>	44
<i>Objetivo 10. Garantizar la igualdad en el acceso a la prevención y la atención socio sanitaria de las personas con VIH e ITS</i>	45
<i>Conclusiones</i>	47
<i>Valoración global</i>	48
INDICADORES CLAVE	49
ANEXOS	51

Introducción

En España las infecciones por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan constituyendo un importante problema de salud pública, no solo por la prevalencia de las mismas sino por las complicaciones y secuelas observadas como consecuencia de un retraso en el diagnóstico y/o en el tratamiento.

La vigilancia de las ITS ha permitido conocer la evolución de la incidencia de infecciones por sífilis y gonococo en España. En ambos casos, ésta presentó una tendencia decreciente durante el periodo 1995-2001, según los datos del sistema de información de enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Alcanzando tasas de 1,8 casos/100.000 habitantes para sífilis y de 2,0/100.000 para infección gonocócica al final de dicho periodo, posteriormente se ha observado un ascenso continuo en la incidencia de ambas enfermedades.

La estimación del número de personas con infección por el VIH en España realizada por ONUSIDA se incrementó de 130.000 (120.000-140.000) en 2010 a 140.000 (130.000-160.000) en 2016.

Según el informe de mortalidad por VIH y sida en España 2012, la tasa de mortalidad relacionada con el VIH y sida ha presentado una tendencia decreciente a partir de 1995, este descenso se ha ralentizado después de 1999. Presentando una disminución del 7.6% de los fallecimientos en el año 2012 respecto al año 2011.

Desde el inicio de la epidemia del VIH en España se han planteado cuatro Planes de movilización multisectorial promovidos por la Secretaria del Plan Nacional sobre el sida, los que han permitido a la población general y a los profesionales contar con información sobre la evolución de la epidemia y sobre las medidas tomadas para hacerle frente.

En el último Plan estratégico de prevención y control por la infección por el VIH y otras ITS 2013-2016 se plantean cuatro líneas estratégicas. Estas líneas estratégicas incluyen 10 objetivos y cada uno de ellos contempla una serie de recomendaciones para hacer frente a estos retos. Las recomendaciones van dirigidas a promover desde la coordinación nacional e internacional, el incremento en el conocimiento frente a la infección VIH/ITS, el disminuir la incidencia de las infecciones por el VIH y otra ITS, entre otras hasta promover la igualdad de trato y garantizar la igualdad en el acceso a la prevención y atención socio sanitaria de las personas con el VIH y otras ITS.

Entre los puntos relevantes incluidos en el Plan Estratégico 2013-2016, además de la vigilancia de las infecciones por el VIH, gonorrea y sífilis, está incluida la vigilancia de las infecciones de sífilis congénita en la que el objetivo es conseguir cero infecciones por esta vía de transmisión. También es prioritario el seguimiento de las infecciones por Chlamydia trachomatis y del linfogranuloma venéreo (infección por Chlamydia trachomatis serotipos L1-L3). Estas últimas

incluidas en la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre. Además se considera la promoción de la igualdad de trato y la no discriminación así como el garantizar la igualdad en el acceso a la prevención de las personas con VIH y otras ITS.

Si bien en España, la tendencia del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH así como de la tasa de mortalidad asociada al VIH y sida ha sido ligeramente decreciente según los diferentes informes epidemiológicos, no ha sido así en el caso de otras ITS como la sífilis y la infección gonocócica, que han presentado tasas de infección con tendencia creciente a partir del 2001. Por tanto a pesar de los avances logrados aún se cuenta con puntos importantes de mejora.

En consonancia con los compromisos internacionales, y con el fin de lograr los objetivos “90 90 90” para 2020, así como el conseguir el fin de la epidemia para 2030 planteados por ONUSIDA, es importante asegurar que las medidas puestas en marcha sean efectivas y eficientes, para ello es imprescindible que éstas se basen en la evidencia.

La evaluación de Plan estratégico 2013-2016 es una herramienta útil y necesaria para conocer los principales resultados correspondientes a este periodo, así como conocer el impacto directo y/o indirecto de las diferentes medidas y dispositivos puestos en marcha desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA y las diferentes entidades colaboradoras. Esta evaluación permitirá también la identificación de puntos críticos y de oportunidades de mejora, además de facilitar el planteamiento de indicadores estratégicos en función de los resultados obtenidos.

Objetivo general

Seguimiento y evaluación del progreso en el cumplimiento de los objetivos planteados en el Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras ITS 2013-2016.

Objetivos específicos

Descripción de los principales resultados obtenidos teniendo en cuenta los objetivos planteados en el Plan estratégico 2013-2016.

Identificación de los puntos de mejora.

Identificación y planteamiento de indicadores clave a seguir en el siguiente periodo.

Metodología

La metodología de trabajo ha sido el análisis de los principales resultados obtenidos durante el periodo evaluado.

Este análisis se estructuró teniendo en cuenta los objetivos del Plan estratégico 2013-2016, considerando las recomendaciones incluidas en cada uno de ellos y de aquellas de las que se han obtenido resultados.

Cada objetivo es descrito según los indicadores, los estándares planteados y los resultados obtenidos.

Se han descrito y/o comentado de manera concisa y breve los principales resultados presentados, teniendo en cuenta la dificultad de interpretación que estos pudieran suponer para el lector.

Para la inclusión de datos sobre resultados se ha recurrido a las diferentes fuentes y registros para el periodo evaluado, dichas fuentes han sido referenciadas en el documento al momento de su inclusión.

Finalmente se han redactado las principales conclusiones de la evaluación, y se han planteado indicadores clave a ser medidos en el periodo siguiente.

Objetivo 1. Favorecer la coordinación nacional e internacional

Recomendaciones:

- Coordinación con las diferentes instituciones a nivel nacional implicadas en la respuesta frente al VIH y otras ITS: CCAA, COAC, SSCC.
- Coordinación Internacional con distintas instituciones: ONUSIDA, OMS-OPS, Unión Europea, ECDC.
- Participar en la monitorización de respuesta a la epidemia con la cumplimentación del “Informe global del progreso del SIDA”.
- Continuar con el apoyo al proyecto ESTHER, y el compromiso formativo.

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
1.1 Reuniones presenciales de coordinación con representantes de CCAA	Número de reuniones presenciales de coordinación con representantes de las CCAA en un año	Al menos 2 reuniones presenciales al año	2 reuniones presenciales por año durante el periodo evaluado.	Actas de reuniones
1.2 Reuniones presenciales de coordinación con representantes del COAC	Número de reuniones presenciales de coordinación con representantes del COAC/año	Al menos 2 reuniones presenciales al año	2 reuniones presenciales por año durante el periodo evaluado	Actas de reuniones
1.3 Reuniones en el foro THINK TANK	Número de reuniones en el foro THINK TANK/año	Al menos 2 reuniones foro THINK TANK al año	2 reuniones en el foro THINK TANK al año durante el periodo evaluado	https://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/events_en#anchor0 https://ecdc.europa.eu/en/news-events/meeting-networks-sexually-transmitted-infections-and-hiv https://ecdc.europa.eu/en/search?s=dublin+declaration&=
1.4 Participación en la Red Europea de vigilancia del VIH e ITS (ECDC)	Número de reuniones/2 años	Al menos una reunión bianual	Una reunión bianual	http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTrasmisibles/sida/vigilancia/home.htm https://www.campusesther.org/
1.5 Monitorización de la declaración de Dublín	Número de reuniones/2 años	Al menos una reunión bianual	Una reunión bianual	
1.6 Participación en la cumplimentación del Informe global del progreso del SIDA	Número de Informes Nacionales sobre indicadores de vigilancia mundial del Sida/ 2 años	Al menos un informe cada 2 años	Informe bianual sobre indicadores de vigilancia del Sida	
1.7 Convocatoria del master online (sobre VIH y otras ITS)	Número de convocatorias del master online (sobre VIH y otras ITS)/año	Al menos una convocatoria del master online sobre VIH y otras ITS al año.	Una convocatoria anual del master online sobre la infección por el VIH	
1.8 Reuniones monográficas ECDC	Nº de reuniones a las que se han asistido/Nº de reuniones convocadas relacionadas con las necesidades detectadas*100	Participación en el 60 % o más de las reuniones en función de las necesidades detectadas	Se ha participado en el 100% de las reuniones convocadas en función de las necesidades detectadas	Convocatorias ECDC

Talleres formativos realizados dentro del marco del programa ESTHER durante el periodo 2013-2016

Actividad Formativa	País	Año
Taller de formación sobre VIH	El Salvador	2013
Taller de formación sobre VIH	Ecuador	2013
Taller de formación sobre VIH	Perú	2014
Taller de formación sobre actualización en VIH	Colombia	2014
Taller de formación sobre novedades en VIH	Ecuador	2014
Taller de formación para médicos: Manejo clínico y terapéutico del paciente con VIH	Uruguay	2015
Taller de formación sobre VIH y otras ITS	Ecuador	2015
Taller sobre actualización en VIH	Ecuador	2016
Taller sobre actualización en VIH	Uruguay	2016

Master online sobre infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

esther Características académicas del Máster

Aunque el Máster se inició con 1850 horas lectivas (74 ECTS), desde la VI edición tiene una duración de 2150 horas lectivas, correspondientes a 86 ECTS.

Contenido:

- 10 Módulos
 - Con un total de 92 capítulos (texto y resumen en diapositivas)
- 44 casos clínicos online
- Tesina de final de Máster: trabajo de investigación individual sobre un tema estudiado en el temario.
- Encuestas de satisfacción obligatorias al final de cada módulo

Figura 1. Número total de alumnos que realizaron el máster por país de residencia del participante. Periodo 2010-2016

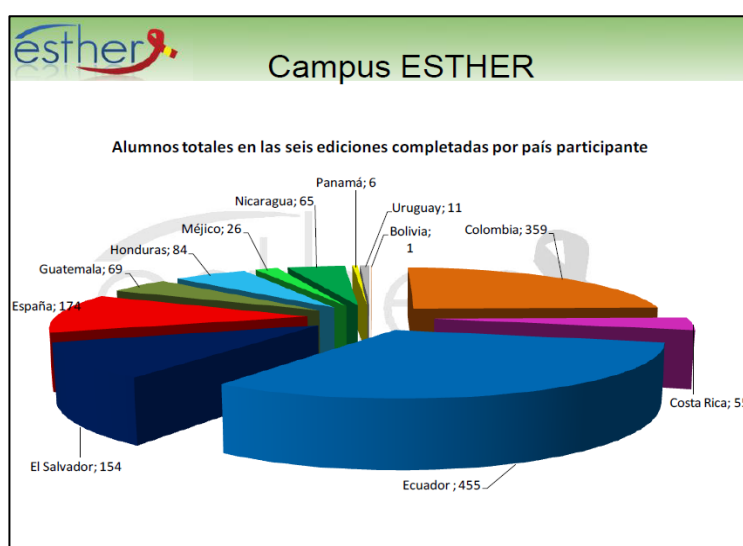
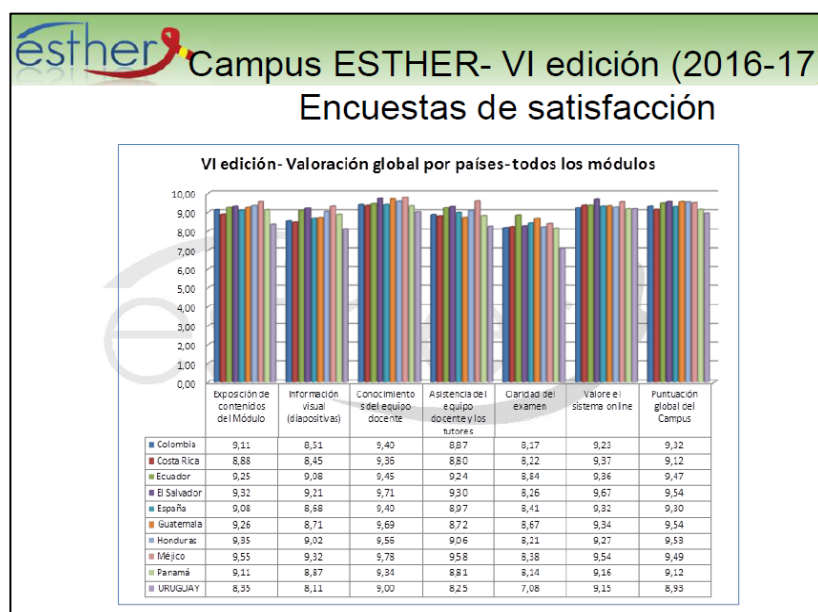


Figura 2. Resultados de la encuesta de satisfacción de la edición 2016-2017 del master sobre el VIH



Objetivo 2: Adaptar los sistemas de información a las necesidades en respuesta a la epidemia

Recomendaciones:

- Mejorar la calidad de los sistemas de información de vigilancia epidemiológica como herramienta básica para cuantificar la magnitud del problema en España.
- Implantar la declaración obligatoria individualizada de sífilis, gonococia, clamidiasis y linfogranuloma.

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
2.1 Elaboración de informes sobre la Vigilancia epidemiológica de nuevos diagnósticos de VIH y casos de sida	Número de informes sobre vigilancia epidemiológica de nuevos diagnósticos de VIH y casos de sida/año	Elaboración de un informe anual sobre vigilancia epidemiológica de nuevos diagnósticos de VIH y casos de sida	Elaboración de un informe anual sobre vigilancia epidemiológica de nuevos diagnósticos de VIH y casos de sida durante el periodo evaluado	http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm
2.2 Elaboración de informes sobre la Vigilancia epidemiológica de las ITS	Número de informes sobre vigilancia epidemiológica de las ITS/año	Elaboración de un informe anual sobre vigilancia epidemiológica de las ITS.	Elaboración de un informe anual sobre vigilancia epidemiológica de las ITS durante el periodo evaluado	http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm
2.3 Elaboración de informes sobre la Mortalidad por sida y VIH en España	Número de informes sobre la mortalidad por VIH y SIDA en España/año	Elaboración de un informe sobre la mortalidad por VIH y SIDA en España al año	Un informe anual sobre la mortalidad por VIH y SIDA en España durante el periodo evaluado	http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm

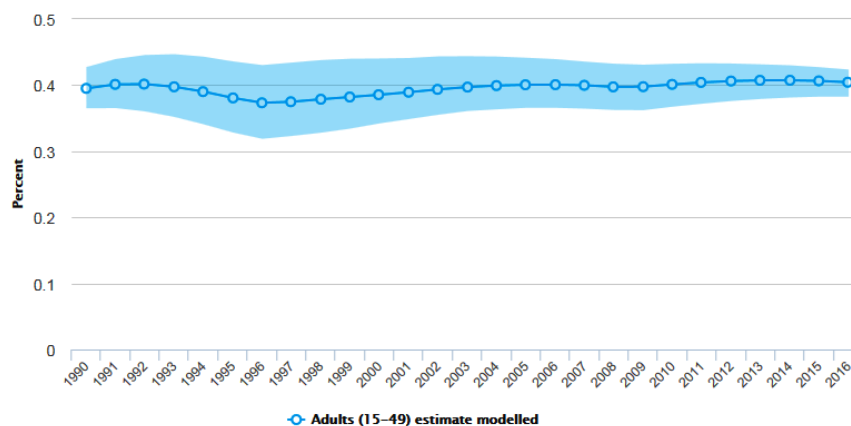
Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
2.4 Elaboración de informes de resultados de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH	Número de informes con los resultados de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/año	Elaboración de un informe al año	Un informe anual durante el periodo evaluado	http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm
2.5. Realización de estimaciones de personas con el VIH	Cálculo de indicadores indirectos del número de personas con infección por el VIH	Realización de al menos una estimación cada 5 años	Realización de estimaciones del número de personas infectadas por el VIH utilizando el programa Spectrum de ONUSIDA (2014, 2015 y 2016) y metodología desarrollada ad-hoc (realizada en 2016-2017).	Centro Nacional de Epidemiología
2.6 Realización de estimación de la fracción no diagnosticada(FND) de VIH	Porcentaje de las personas con VIH no diagnosticadas	Realización de al menos una estimación cada 5 años	Estimación de la FND utilizando metodología desarrollada ad-hoc (realizada en 2016-2017).	Centro Nacional de Epidemiología

Fuente: <http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>

Indicadores de Vigilancia Epidemiológica

La prevalencia del VIH en adultos entre 15 y 49 años en España se ha mantenido constante en torno a 0,4 durante el periodo evaluado 2013-2016.

Figura 3. Prevalencia del VIH en adultos de entre 15 y 49 años en España

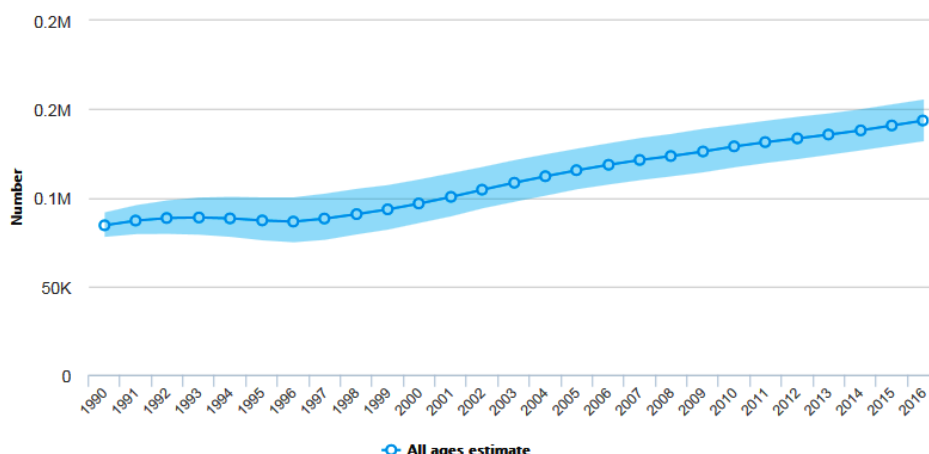


Source: UNAIDS Estimates 2017

Fuente: Estimaciones realizadas con el programa Spectrum (ONUSIDA). Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>

La estimación del número de personas con infección por el VIH en España ha oscilado entre 120.000 y 150.000 en el periodo 2013 y 2015. Este rango se ha ampliado hasta 160.000 en 2016.

Figura 4. Número de personas de todas las edades con diagnóstico de VIH. España 1990-2016

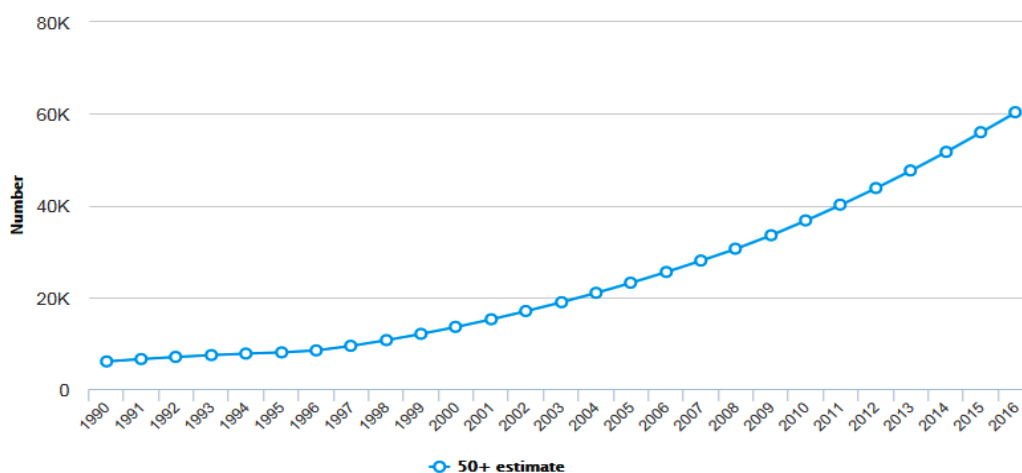


Source: UNAIDS Estimates 2017

Fuente: Estimaciones realizadas con el programa Spectrum (ONUSIDA). Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>

El número estimado de personas de 50 o más años con el VIH se ha incrementado con una tasa media anual por encima del 6%. El incremento global estimado es del 26,7% en el periodo 2013-2016.

Figura 5. Número estimado de personas mayores de 50 años con VIH en España



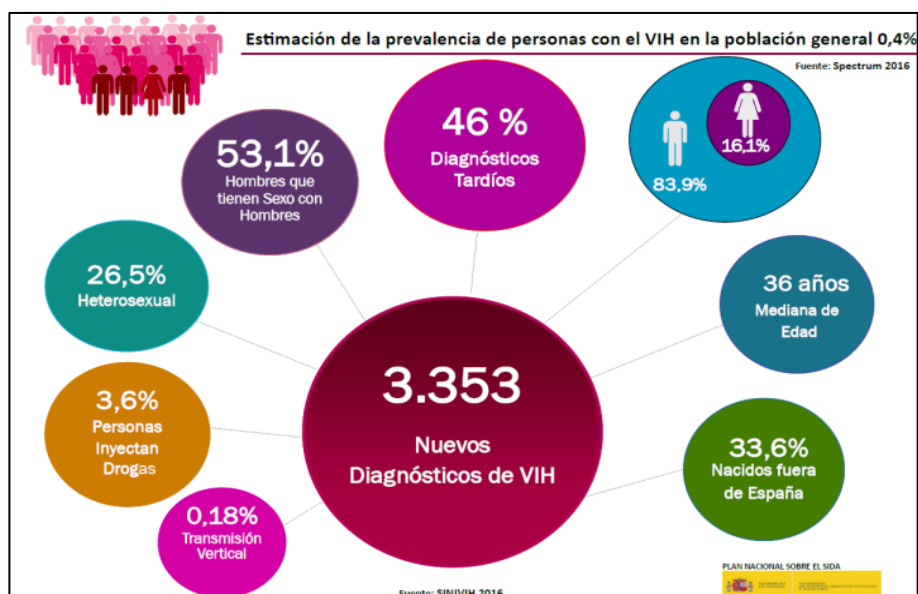
Source: UNAIDS Estimates 2017

Fuente: Estimaciones realizadas con el programa Spectrum (ONUSIDA). Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>

Durante el periodo 2013-2016 se han elaborado infografías sobre los nuevos diagnósticos del VIH, utilizando los datos actualizados al momento de la elaboración. Disponible en:

<http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/queesSidaVih.htm>

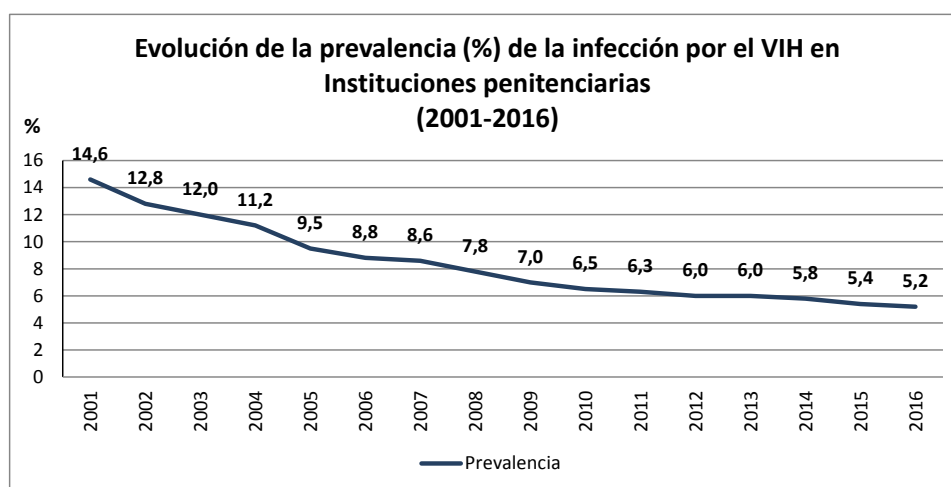
Infografía sobre nuevos diagnósticos de VIH 2016



Fuente: Elaborado por el Plan Nacional sobre SIDA a partir de datos del SINIVIH.

Durante el periodo 2014-2016, el número de nuevos diagnósticos se ha mantenido por encima de 3350. El porcentaje de hombres se mantuvo por encima del 80%. La mediana de edad de los nuevos diagnósticos se ha incrementado en un año en el 2016 respecto a los años anteriores. Más del 30% de los nuevos diagnósticos fueron en personas nacidas fuera de España. Por encima del 50% de los nuevos diagnósticos se produjo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH); la transmisión vertical supuso en torno al 0,1% del total de nuevos diagnósticos anuales. El porcentaje de casos con diagnóstico tardío fue alrededor del 46% sin observarse cambios significativos en estos tres años.

Figura 6. Prevalencia de la infección por VIH en Instituciones Penitenciarias



Fuente: Prevalencia de la infecciones VIH y hepatitis C en instituciones penitenciarias.2016. Secretaría General de instituciones penitenciarias. Subdirección general de coordinación de sanidad penitenciaria.

La prevalencia de infección por el VIH en instituciones penitenciarias ha presentado una tendencia claramente decreciente en los últimos años, con una disminución anual media de 6,6.

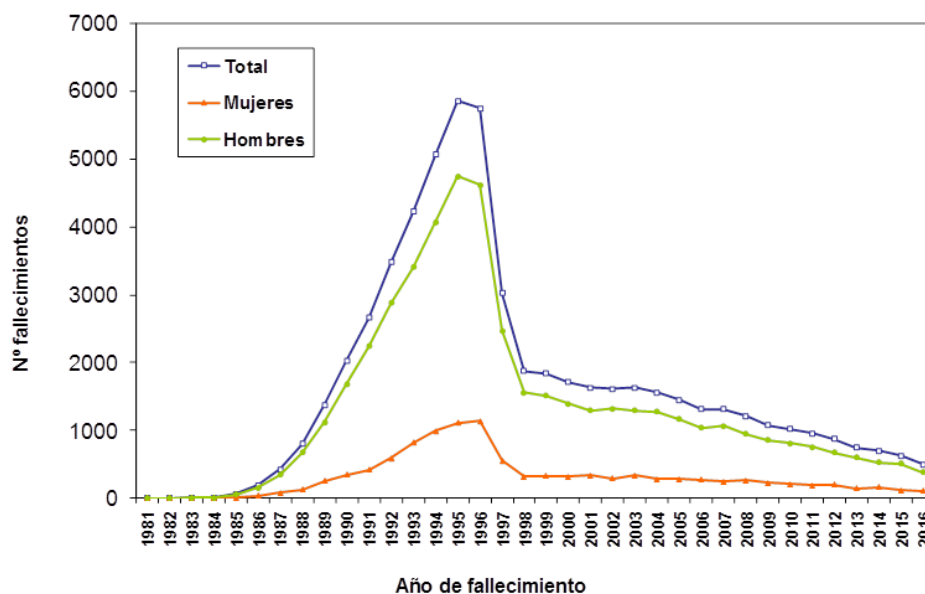
Número de defunciones y la tasa de mortalidad por VIH y SIDA. 2013-2016

	TOTAL	2013	2014	2015	2016
Nº de fallecidos por VIH y sida		750	700	633	498
Tasa de mortalidad por VIH y sida por 100.000 habitantes		1,61	1,51	1,36	1,1
HOMBRES					
Nº de fallecidos por VIH y sida		604	531	513	385
Tasa de mortalidad por VIH y sida (por 100.000 de población masculina)		2,63	2,32	2,25	1,8
MUJERES					
Nº de fallecidos por VIH y sida		146	169	120	113
Tasa de mortalidad por VIH y sida (por 100.000 de población femenina)		0,62	0,72	0,51	0,6

Fuente: Elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La tasa de mortalidad por cien mil habitantes a causa del VIH y SIDA ha descendido entre los años 2013 y 2016, tanto en hombres como en mujeres.

Figura 7. Tasas de mortalidad por el VIH y SIDA total y por sexos en España 1981-2016



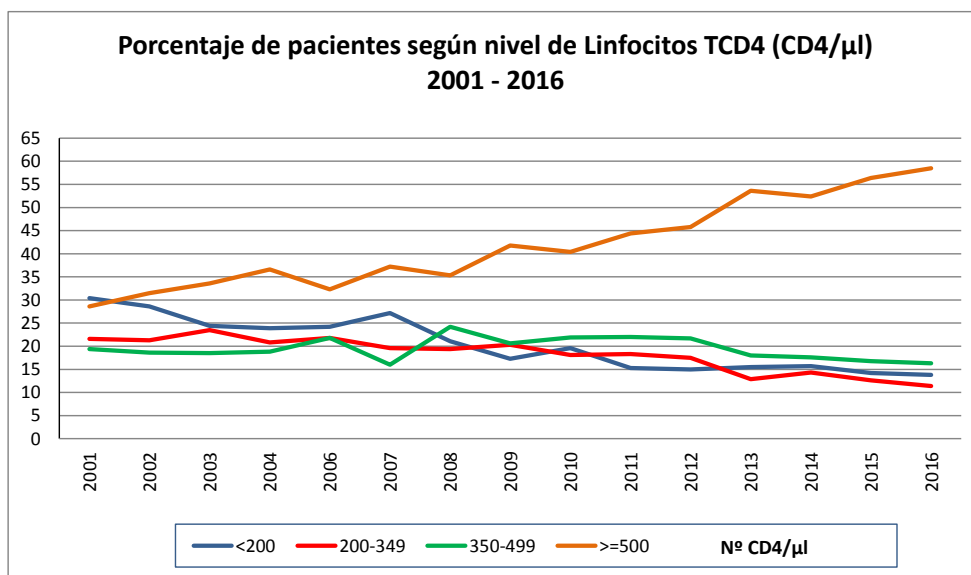
Fuente: Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Mortalidad por VIH y sida en España, año 2016. Evolución 1981-2016. Centro Nacional de Epidemiología/ Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública- Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2018.

Las tasas de mortalidad por el VIH y SIDA han presentado una tendencia claramente descendente desde el año 1996.

Encuesta hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Evolución 2001-2016.

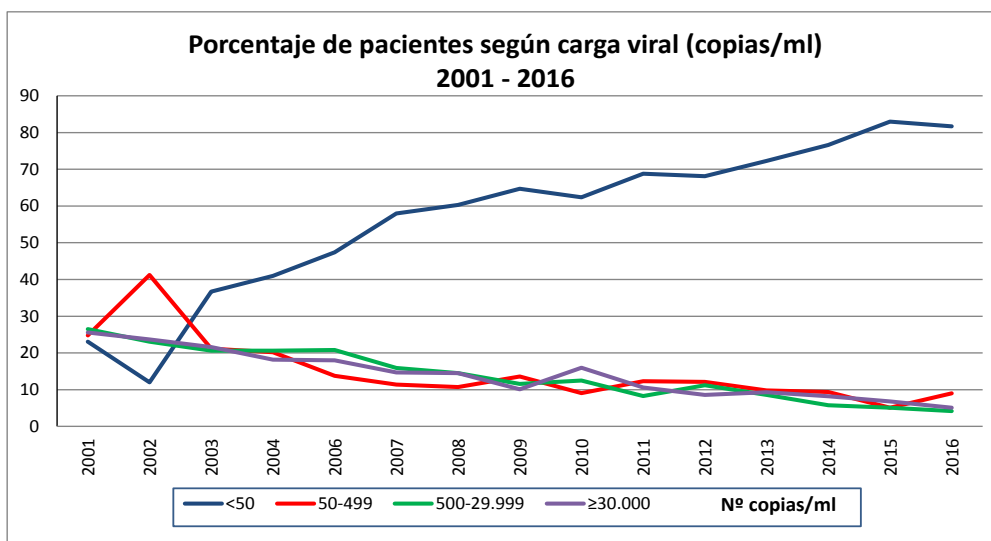
Durante el periodo 2001-2016 han participado una media de 60 hospitales, 14 Comunidades Autónomas (CCAA) y se han obtenido un promedio 567 encuestas. La encuesta se realizó anualmente, exceptuando en 2005, año en el que se cambió la fecha de su realización, por lo que el periodo transcurrido entre la edición de 2004 y la de 2006 fue de 16 meses.

Figur 8. Evolución del nivel de CD4 en la última determinación según año de realización de la Encuesta Hospitalaria, 2001-2016



Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2016. Análisis de la evolución 2001-2016. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Madrid; 2017.

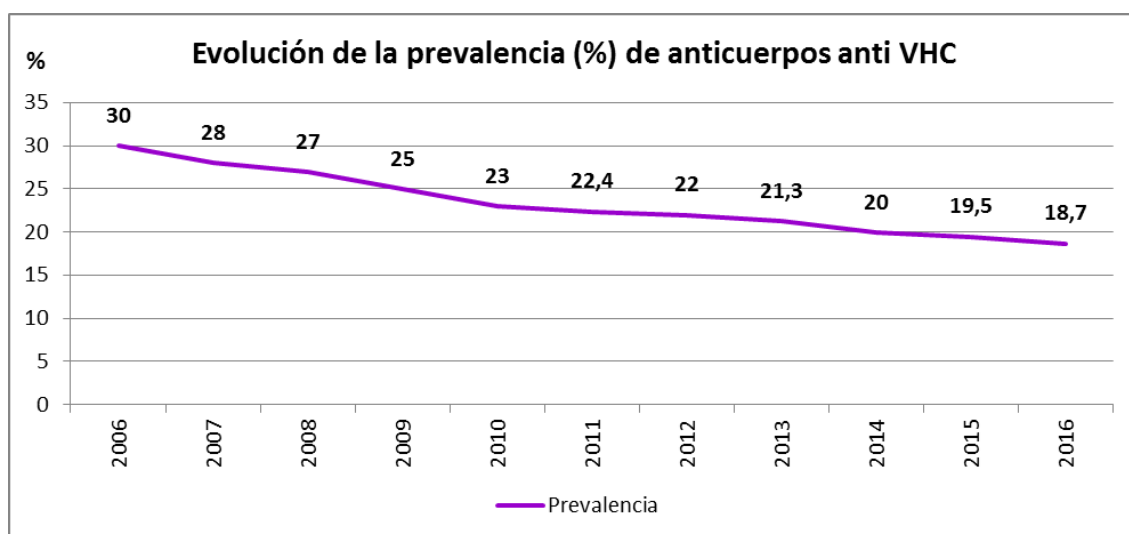
Figura 9. Evolución de los niveles de viremia en la última determinación según año de realización de la Encuesta Hospitalaria, 2001-2016



Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2016. Análisis de la evolución 2001-2016. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Madrid; 2017.

En el periodo 2001-2016 se observa una mejora de los parámetros clínicos (CD4 y carga viral) como consecuencia de la extensión de los tratamientos antirretrovirales.

Figura 10. Prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en Instituciones Penitenciarias



Fuente: Prevalencia de la infecciones VIH y hepatitis C en instituciones penitenciarias.2016. Secretaría General de instituciones penitenciarias. Subdirección general de coordinación de sanidad penitenciaria.

La prevalencia de la infección por el VHC en instituciones penitenciarias ha mantenido una tendencia decreciente en el periodo 2006-2016, con una disminución anual media de 4,6.

Objetivo 3. Incrementar los conocimientos frente a la infección por el VIH y otras ITS.

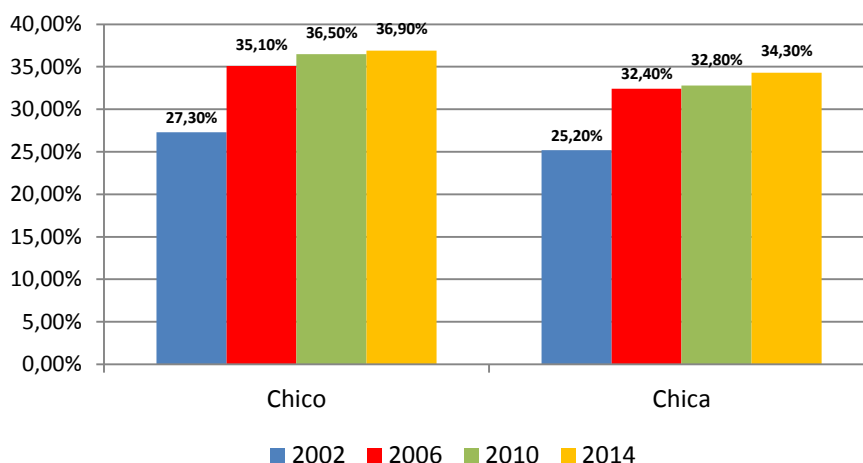
Recomendaciones

- Reforzar la educación y la información sobre el VIH e ITS, dirigida a la población de todas las edades y de todo tipo de orientación sexual o identidad de género.
- Utilizar los medios más eficientes para la visualización de la epidemia como problema de salud pública, mediante la difusión de campañas destinadas a educar e informar a la población sobre los mecanismos de transmisión y la prevención de VIH e ITS.
- Potenciar la difusión de información, adaptada a la población sexualmente activa con conductas de riesgo, sobre conductas preventivas respaldadas por el conocimiento científico para reducir las posibilidades de transmisión.
- Difundir información sobre las posibles intervenciones preventivas, si se producen conductas de riesgo, incluyendo la reducción de daños esta formación en edades tempranas, previas al inicio de las conductas de riesgo.
- Facilitar espacios de acompañamiento, información y soporte para personas con el VIH y sus parejas.

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
3.1 Campañas de información o de difusión realizadas	Número de campañas realizadas informativas/año	Al menos una campaña informativa al año	Se ha realizado al menos una campaña anual durante el periodo evaluado.	http://www.mscls.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/campanas.htm
3.2 Campañas dirigida a colectivos específicos (población general, jóvenes, HSH)	Número de campañas realizadas dirigidas a colectivos específicos/año	Al menos una campaña dirigida a alguno de los colectivos prioritarios	Se ha realizado al menos una campaña anual dirigida a colectivos específicos, excepto en el año 2016.	http://www.mscls.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/pruebaVIH/campanaPromoPrueba.htm
3.4 Potenciar la difusión de la información sobre conductas preventivas	Resumen sobre principales indicadores de consulta de la página web	Al menos un resumen anual de los principales indicadores de consulta de la web	Se ha elaborado un informe sobre las consultas a la página web del MSCBS	Informe estadístico Webtrends sida
3.6 Difusión de información de posibles intervenciones preventivas si se producen conductas de riesgo	Elaboración de infografías sobre intervenciones preventivas	Elaborar y actualizar infografías sobre las principales intervenciones preventivas.	Se ha elaborado infografía con información actualizada sobre la profilaxis postexposición	http://www.mscls.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/home.htm
3.15 Informe Servicio Multicanal de información y prevención del VIH	Número de informes prevención del VIH/año	Al menos un informe/año	Informe trimestral evaluando los indicadores de consulta del servicio.	Informe narrativo trimestral. Servicio multicanal de información y prevención del VIH.

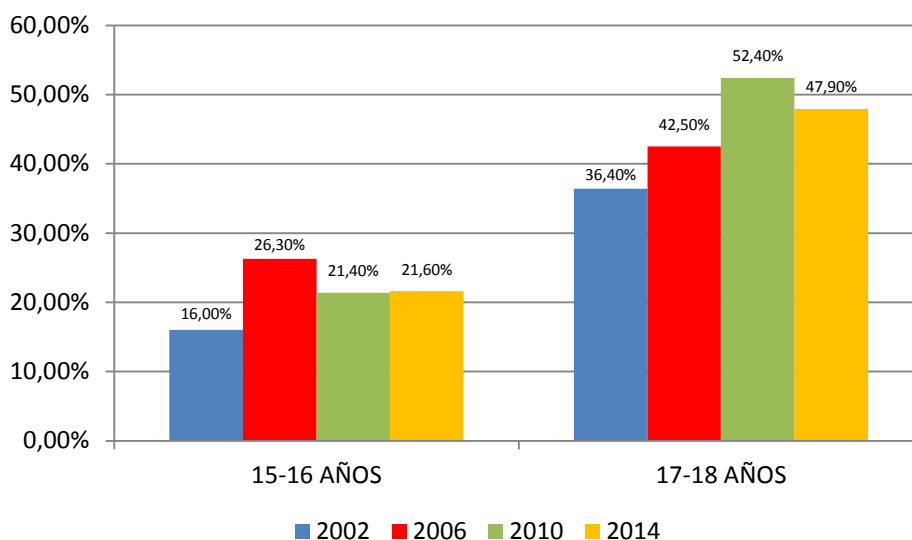
Indicadores de conductas en jóvenes españoles

Figura 11. Porcentaje de jóvenes escolarizados entre 15 y 18 años, que declaran haber mantenido relaciones sexuales completas según sexo y año de encuesta.



Fuente: Elaborado por el Plan Nacional sobre el sida, a partir del Estudio HBSC- Health Behaviour In School-Aged Children, 2002-2006-2010-2014

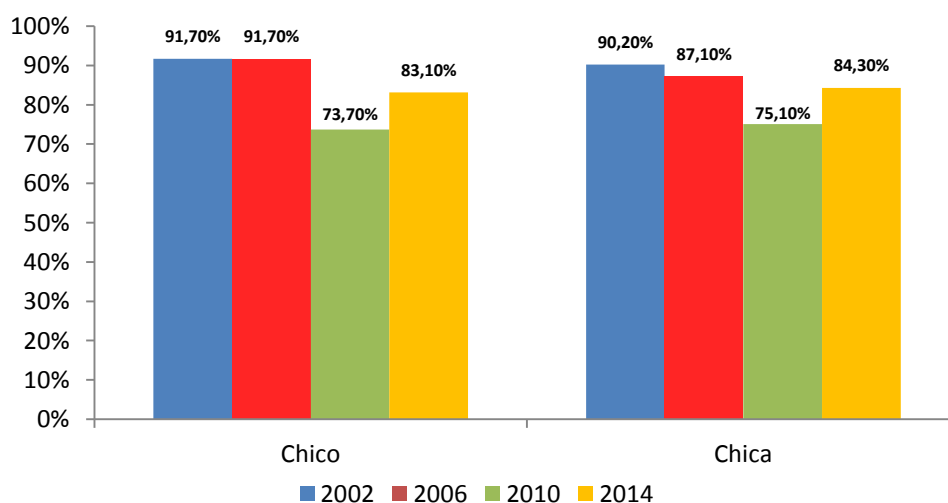
Figura 12. Porcentaje de jóvenes escolarizados entre 15 y 18 años, que declaran haber mantenido relaciones sexuales completas según edad y año de encuesta.



Fuente: Elaborado por el Plan Nacional sobre el sida, a partir del Estudio HBSC- Health Behaviour In School-Aged Children, 2002-2006-2010-2014

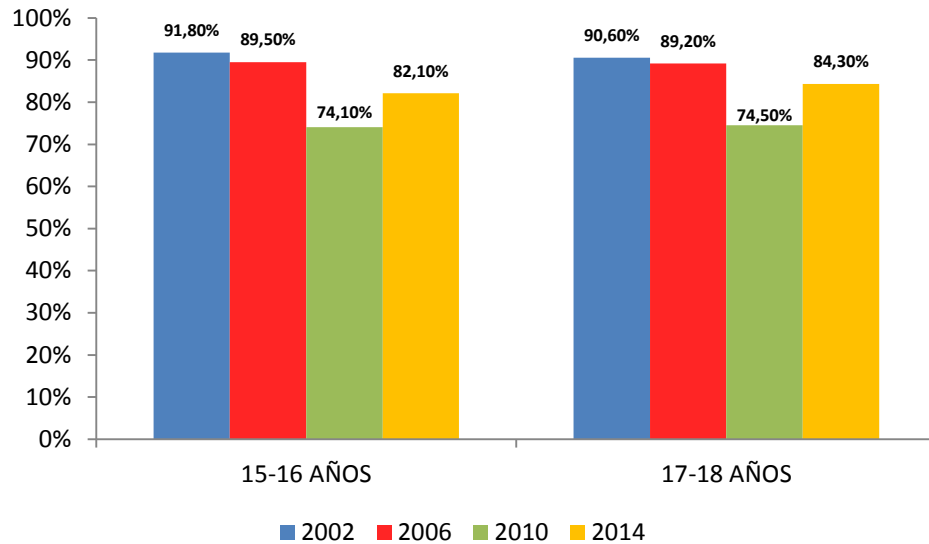
El porcentaje de jóvenes de entre 15 y 18 años que refieren haber mantenido relaciones sexuales completas ha sido mayor en hombres en los cuatro años en los que se realizó la encuesta (figuras 11 y 12).

Figura 13. Porcentaje de jóvenes que han utilizado preservativo en su última relación sexual completa por sexo y año de encuesta



Fuente: Elaborado por el Plan Nacional sobre el sida, a partir del Estudio HBSC- Health Behaviour In School-Aged Children, 2002-2006-2010-2014

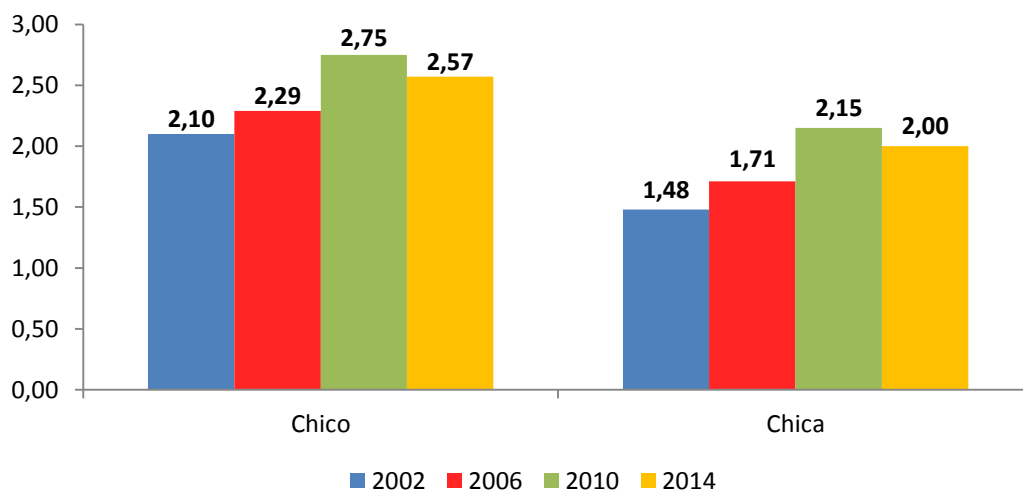
Figura 14. Porcentaje de jóvenes que han utilizado preservativo en su última relación sexual completa según edad y año de encuesta



Fuente: Elaborado por el Plan Nacional sobre el sida, a partir del Estudio HBSC- Health Behaviour In School-Aged Children, 2002-2006-2010-2014

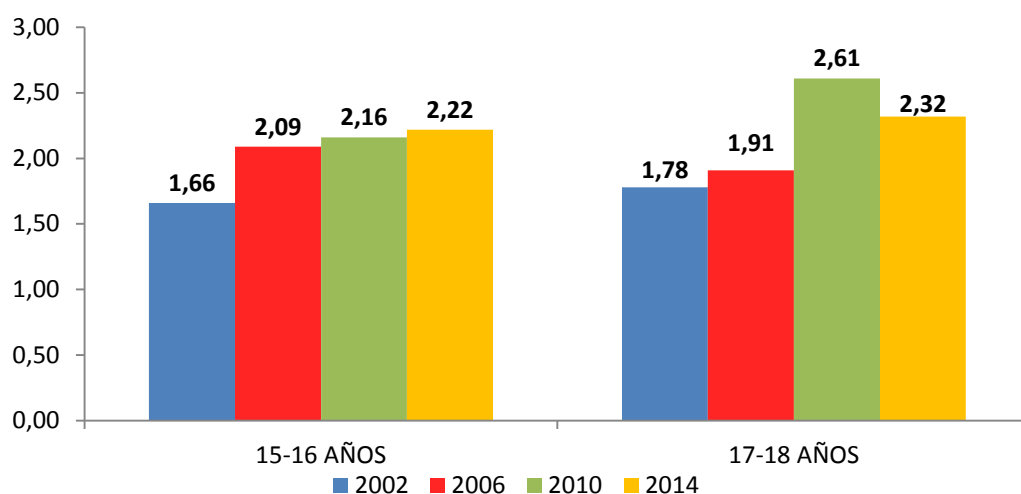
Según datos del estudio HBSC, el porcentaje de uso de preservativo en la última relación sexual ha disminuido respecto al año 2002. Esta disminución se presenta tanto en hombres como en mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años (figuras 13 y 14).

Figura 15. Número de parejas distintas con quienes se han mantenido relaciones sexuales completas según sexo y año de encuesta



Fuente: Elaborado por el Plan Nacional sobre el sida, a partir del Estudio HBSC- Health Behaviour In School-Aged Children, 2002-2006-2010-2014

Figura 16. Número de parejas distintas con quienes se han mantenido relaciones sexuales completas según edad y año de encuesta

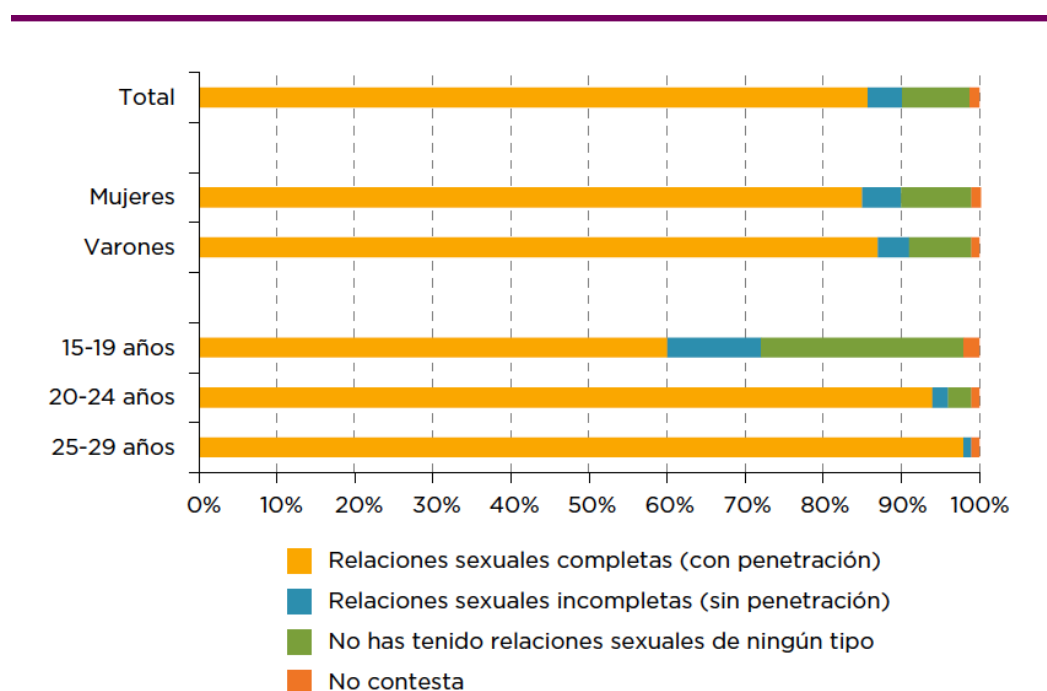


Fuente: Elaborado por el Plan Nacional sobre el sida, a partir del Estudio HBSC- Health Behaviour In School-Aged Children, 2002-2006-2010-2014

Según datos del estudio HBSC, el número de parejas distintas con quienes se han mantenido relaciones sexuales completas, se ha incrementado respecto al año 2002. Este incremento se presenta tanto en hombres como en mujeres adolescentes, observándose un incremento sostenido en jóvenes de entre 15 y 16 años (figuras 15 y 16).

Informe INJUVE 2016

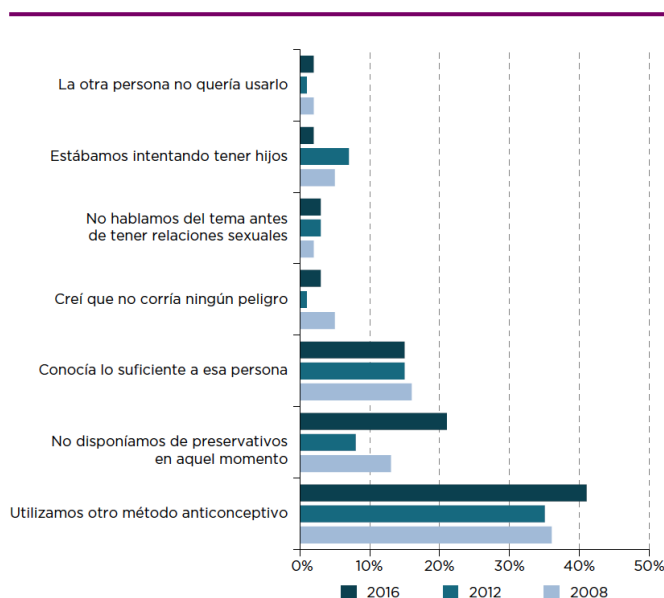
Figura 17. Tipo de relaciones sexuales mantenidas al menos una vez, según género y edad



Fuente: Elaboración propia. INJUVE, Informe Juventud en España 2016.

Según el informe de la encuesta realizada por el INJUVE en 2016 entre jóvenes de entre 15 y 19 años, la probabilidad de haber tenido relaciones sexuales completas es ligeramente mayor en hombres. El 60% de los jóvenes entrevistados menores de 20 años habría mantenido al menos una relación sexual completa, este porcentaje se incrementa con la edad, alcanzando el 98% en el grupo de entre 25 y 29 años.

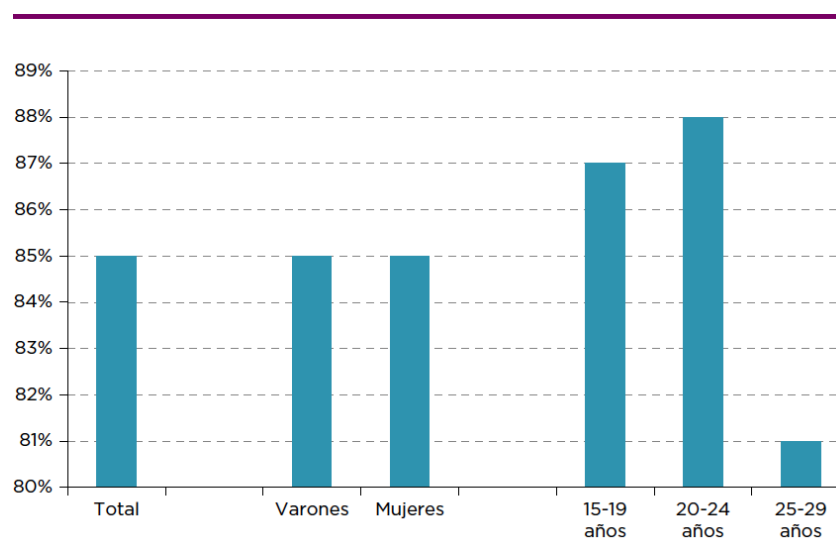
Figura 18. Evolución de las razones para no utilizar preservativo durante la última vez que se mantuvieron relaciones sexuales (2008-2016)



Fuente: Elaboración propia. INJUVE, Informe Juventud en España 2016.

Entre las razones para no utilizar el preservativo durante la última relación sexual, en 2016 más del 40% refiere que “utiliza otro método anticonceptivo”, seguido de la no disponibilidad del mismo en aquel momento y de manifestar que “conocía lo suficiente a la otra persona”. Durante los 3 años en los que se realizaron las encuestas (2008, 2012 y 2016), la asociación del uso del preservativo solo como método anticonceptivo es predominante en los jóvenes de entre 15 y 29 años.

Figura 19. Grado de utilización de métodos anticonceptivos la última vez que se han mantenido relaciones sexuales completas, según género y edad



Fuente: Elaboración propia. INJUVE, Informe Juventud en España 2016.

Campañas realizadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través del Plan Nacional sobre Sida. 2013-2016. Disponible en:

<https://www.mschs.gob.es/campañas/portada/home.htm>

Juntos podemos lograr cero infecciones por VIH. Hazte la prueba.



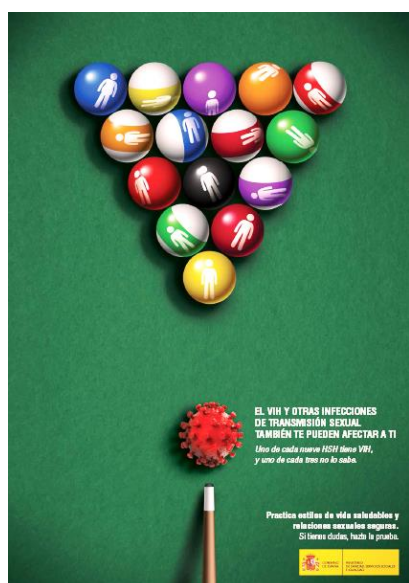
2013

El SIDA no es algo del pasado tenlo presente



2014

El VIH y otras infecciones de transmisión sexual, también te pueden afectar a ti.



2015

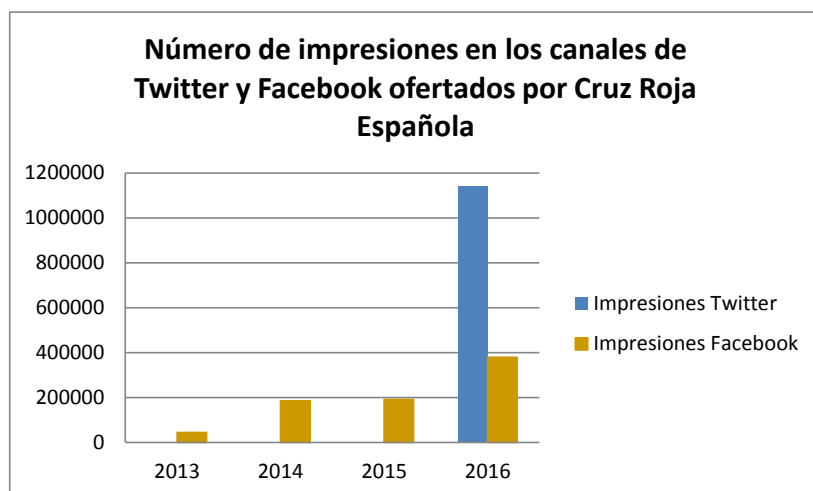
Día mundial del SIDA. El SIDA no es algo del pasado, tenlo presente.



2014

Evaluación del Servicio Multicanal de Información y Prevención de VIH e ITS

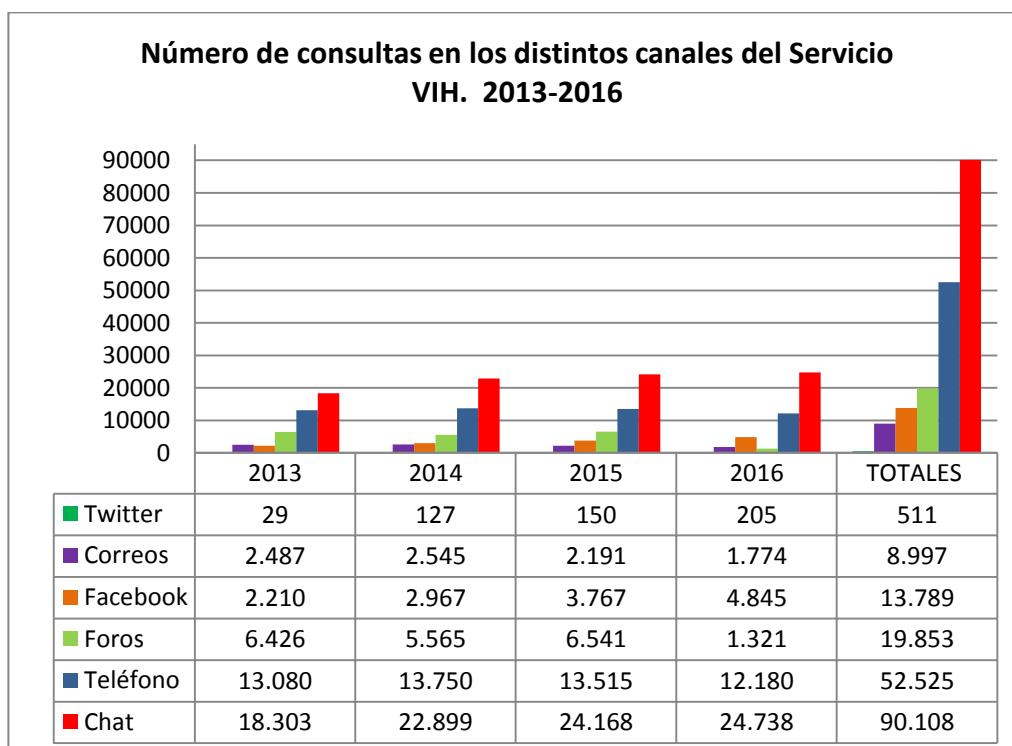
Figura 20. Alcance realizadas al Servicio Multicanal de Información y Prevención del VIH de Cruz Roja Española



Fuente: Memoria informativa del Servicio multicanal de información y prevención del VIH. Cruz Roja Española

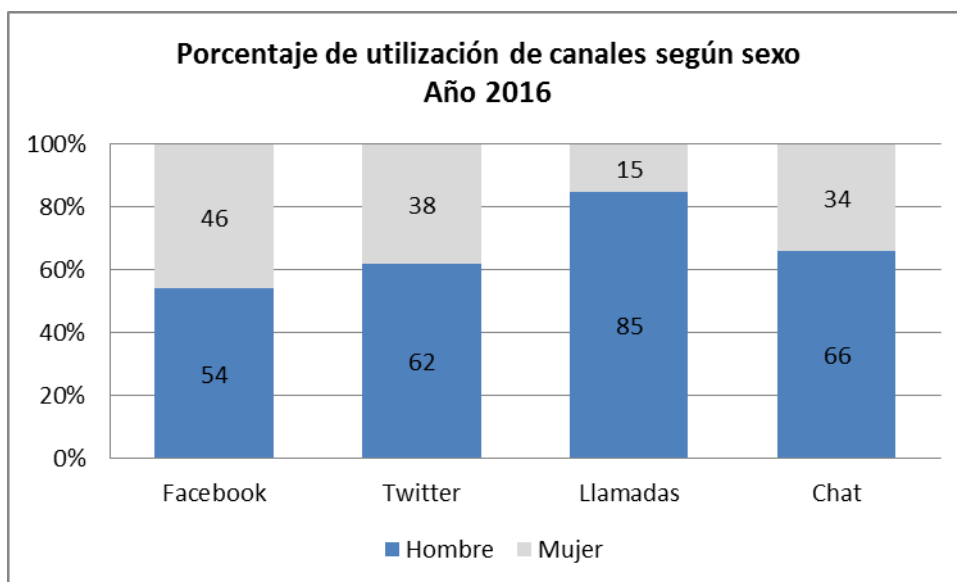
El número de seguidores en Facebook-Cruz Roja Española se ha incrementado de 45.160 a 380.083 durante el periodo 2013-2016, convirtiéndose en el canal con mayor alcance en la información y difusión de mensajes de prevención y sensibilización por el Servicio Multicanal. En 2016, además se ha contado con el número de impresiones en twitter que ha alcanzado 1.142.800 seguidores.

Figura 21. Número de consultas realizadas al Servicio de multicanal de Información y Prevención del VIH y otras ITS de Cruz Roja.



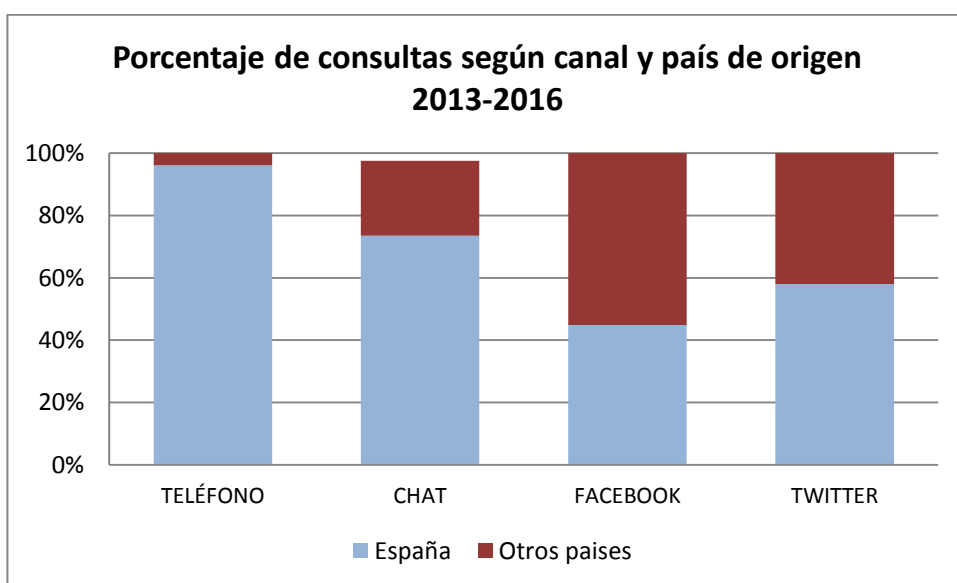
Fuente: Memoria informativa del Servicio multicanal de información y prevención del VIH. Cruz Roja Española.

En el periodo 2013-2016, se han atendido un total de 185.783 consultas. Se puede apreciar en la gráfica que el canal por el que mayor número de consultas se han recibido y atendido ha sido, con mucha diferencia, la Web Conference (chat), mediante la que se han llegado a responder 90.108 consultas, seguido del teléfono con 52.525 consultas atendidas. En cuanto a las redes sociales, los foros han sido el medio donde mayor número de consultas han sido respondidas.



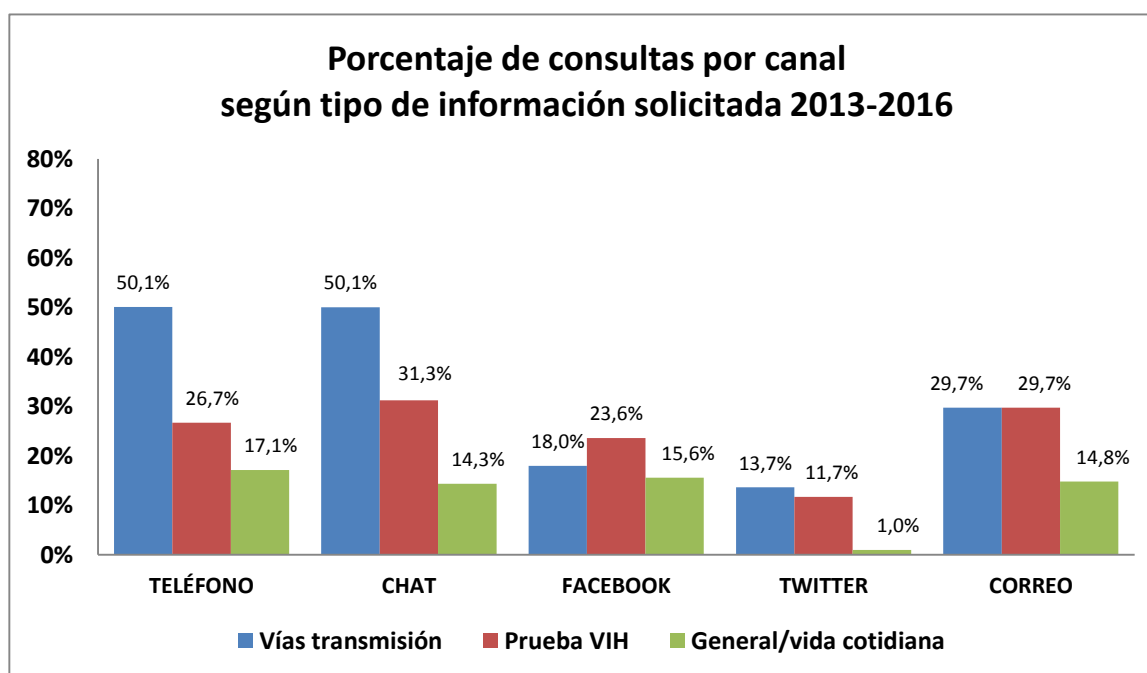
Fuente: Memoria informativa del Servicio multicanal de información y prevención del VIH. Cruz Roja Española.

La utilización de Facebook, Twitter, chat y llamadas fue mayoritariamente realizada por hombres, constituyendo el 85% de las llamadas y el 66% de los chats.



Fuente: Memoria informativa del Servicio multicanal de información y prevención del VIH. Cruz Roja Española.

Por país de origen, más del 95% de las llamadas y más del 70% de los chats fueron realizadas desde España, mientras que el 55% de las impresiones Facebook tuvieron lugar desde fuera de España.



Fuente: Memoria informativa del Servicio multicanal de información y prevención del VIH. Cruz Roja Española.

En la gran mayoría de consultas realizadas, la información solicitada fue sobre vías de transmisión del VIH, seguida de información sobre pruebas para diagnosticar el VIH.

Características de las consultas realizadas a la página web del MSCBS - Plan Nacional sobre SIDA 2015 - 2016.

Resumen de visitas	2015	2016
Nº visitas	1.171.108	954.351
Promedio visitas por día	3208	2614
Duración media de la visita	00:19:52	00:21:56
Duración mediana	00:06:59	00:08:18
Visitas internacionales	62%	80%
Visitas desde España	38%	20%
Resumen de visitantes	2015	2016
Nº visitantes	934.911	711.584
Visitantes que realizaron una sola visita	869.698	661.486
Visitantes que realizaron más de una visita	65.213	50.098
Promedio de visitas por visitante	1,25	1,34

Fuente: Informe estadístico webtrends SIDA 2015-2016.

En el periodo 2015-2016, el número anual de visitas a la página web del PNS del MSCBS ha sido cercano al millón y la duración media de cada visita fue alrededor de 20 minutos. Más del 60% de las visitas se realizaron desde fuera de España, alcanzando el 80% en 2016. Alrededor del 7% de los usuarios realizaron más de una visita durante dicho periodo.

Objetivo 4. Disminuir la incidencia de infecciones por VIH y otras ITS

Recomendaciones

- Identificar e impulsar aquellas intervenciones de probada eficacia en la prevención del VIH e ITS factibles y evaluables, que permitan reconocer, y extender las buenas prácticas.
- Adaptar las actividades de prevención a los distintos grupos vulnerables y a sus características socioculturales, considerando los antecedentes epidemiológicos y sanitarios propios.
- Mantener y ampliar la cobertura de los programas de reducción de daños en personas que se inyectan drogas.

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
4.1 Convocatorias para subvenciones de proyectos de prevención VIH-ITS	Número de convocatorias para subvenciones de proyectos de prevención/año	Al menos una convocatoria para subvencionar proyectos al año	Se han publicado al menos una convocatoria anual para subvenciones de proyectos de prevención	http://www.msrebs.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ong/historicoAyudasSubvenciones.htm
4.2 Proyectos de prevención VIH-ITS subvencionados	Número de proyectos de prevención VIH-ITS subvencionados/año	Subvencionar el mayor número de proyectos que el presupuesto anual permita	Se han subvencionado el mayor número de proyectos que los presupuestos destinados lo han permitido.	http://www.msrebs.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ong/historicoAyudasSubvenciones.htm

Fuente:

<http://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ong/historicoAyudasSubvenciones.htm>

Proyectos y Entidades subvencionadas por el MSCBS destinado a la prevención y el control del VIH y SIDA

Presupuesto, número de entidades y programas de ONGS presentados y subvencionados 2013-2016				
	2013	2014	2015	2016
Entidades presentadas	64	58	58	56
Entidades subvencionadas	19	32	38	36
Programas presentados	98	82	92	90
Programas subvencionados	31	49	62	63
Presupuesto	1.100.00	1.375.000	1.717.000	1.717.000

Fuente: Ayudas con destino a la financiación de proyectos de prevención y control del VIH <http://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/ong/historicoAyudasSubvenciones.htm>

Desde el MSCBS se asigna un presupuesto anual dirigido a subvencionar programas para la realización de intervenciones que permitan la prevención de infecciones por el VIH. Entre el 2013 y 2016 se han subvencionado un total de 205 programas.

Disminuir la incidencia de infecciones por el VIH y otras ITS

Nuevos diagnósticos de infección por el VIH por año de diagnóstico, modo de transmisión y sexo. Datos de 15 Comunidades Autónomas, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla

Nº Nuevos diagnósticos de VIH	2013	2014	2015	2016
Usuarios de drogas inyectadas (hombres)	143	124	79	101
Usuarios de drogas inyectadas (mujeres)	36	25	29	21
Heterosexuales (hombres)	649	553	532	449
Heterosexuales (mujeres)	483	526	444	440
Transmisión Madre hijo	15	4	3	6
Hombres que tienen sexo con hombres	2.220	2.434	2.256	1.781

Fuente: Sistema de información de nuevos diagnósticos de VIH en España (SINIVIH). Datos no corregidos por retraso en la notificación.

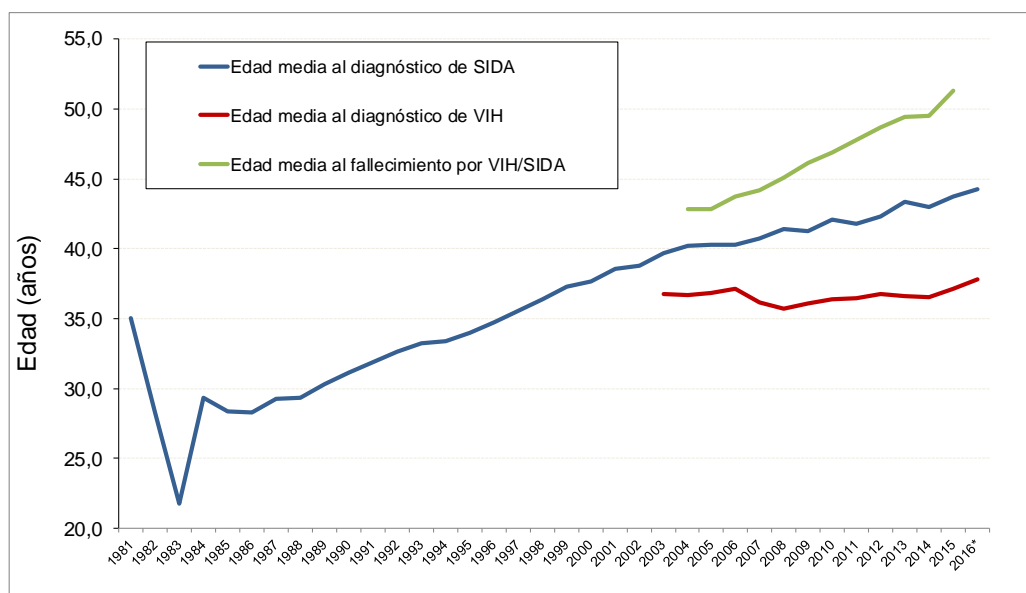
Nuevos diagnósticos de VIH. Datos de 15 Comunidades Autónomas, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla

	2013	2014	2015	2016
Cobertura del SINIVIH (% sobre el total de la población española)	100%	100%	100%	100%
Número de nuevos diagnósticos de VIH (Total)	4.229	4.315	4.020	3.353
Tasas de nuevos diagnósticos de VIH (por 100.000 habitantes)	9,08	9,29	8,66	7,22
Número de nuevos diagnósticos de VIH (Hombres)	3.615	3.674	3.462	2.814
Tasas de nuevos diagnósticos de VIH en Hombres (por 100.000 hombres)	15,76	16,09	15,18	12,33
Número de nuevos diagnósticos de VIH (Mujeres)	614	641	558	539
Tasas de nuevos diagnósticos de VIH en Mujeres (por 100.000 mujeres)	2,59	2,71	2,36	2,28
Edad media al diagnóstico de VIH (años)	36,63	36,51	37,09	37,80
Edad mediana al diagnóstico (años)	35,00	35,00	36,00	36,00
Número de nuevos diagnósticos de VIH con >= 50 años	564	543	561	549
Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH con >= 50 años	13,3%	12,6%	14,0%	16,4%

Fuente: Sistema de información de nuevos diagnósticos de VIH en España (SINIVIH). Datos sin corregir por retraso en la notificación.

La edad media al diagnóstico se ha mantenido estable y el porcentaje de nuevos diagnósticos en personas de 50 años o más se ha incrementado.

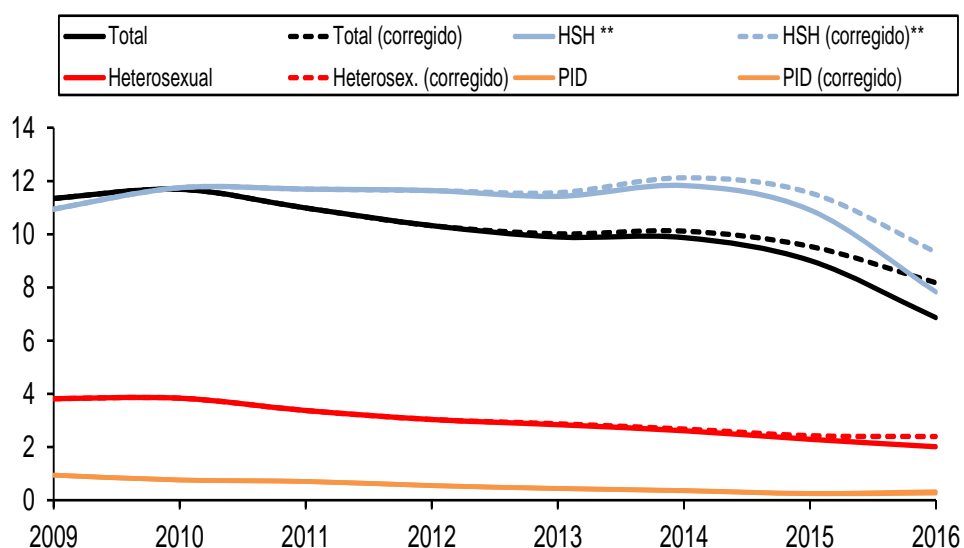
Figura 22. Edad media diagnósticos VIH y sida, y mortalidad por sida.



Fuente: SINIVIH, Registro de casos de sida, INE. *Datos de casos fallecidos por VIH y SIDA disponibles hasta el año 2015.

La edad media de diagnóstico del VIH se ha mantenido relativamente estable, mientras que la edad media de fallecimiento por el VIH y sida se ha incrementado en los últimos años, acercándose a los 50 años.

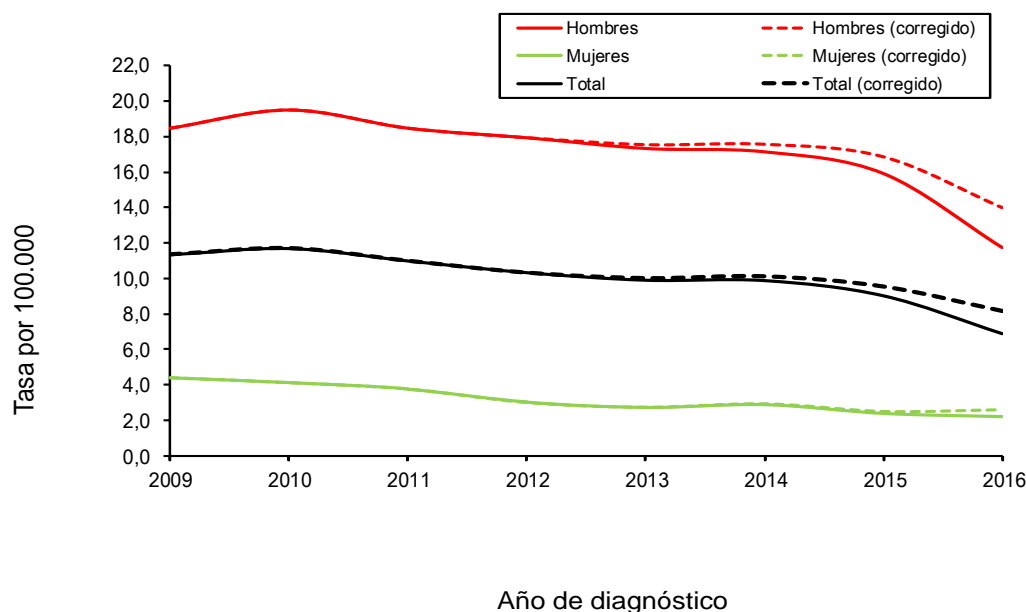
Figura 23. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales totales y según vía de transmisión. España*, 2009-2016.



**Tasa por 100.000 hombres

Fuente: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH). *Datos de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla.

Figura 24. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales totales y según sexo. España*, 2009-2016.



**Tasa por 100.000 hombres

Fuente: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH). * Datos de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla.

Nº total y porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH por país de nacimiento	2013	2014	2015	2016
Total Españoles (hombres)	2.519	2.569	2.371	1.906
Total Españoles (mujeres)	287	262	261	218
Total nacidos fuera de España (hombres)	996	995	989	815
Total nacidos fuera de España (mujeres)	310	370	288	312
Porcentaje de nacidos fuera de España*	30,9%	31,6%	31,8%	33,6%
Porcentaje de nacidos fuera de España hombres*	27,6%	27,1%	28,6%	29,0%
Porcentaje de nacidos fuera de España mujeres*	50,5%	57,7%	51,6%	57,9%

Fuente: Sistema de información de nuevos diagnósticos de VIH en España (SINIVIH). Datos sin corregir por retraso en la notificación. *Los porcentajes están calculados sobre el total de casos.

Por país de nacimiento, el porcentaje de nuevos casos de VIH nacidos fuera de España se ha mantenido estable entre 2013 y 2016. Más del 50% de los nuevos diagnósticos en mujeres corresponden a personas nacidas fuera de España.

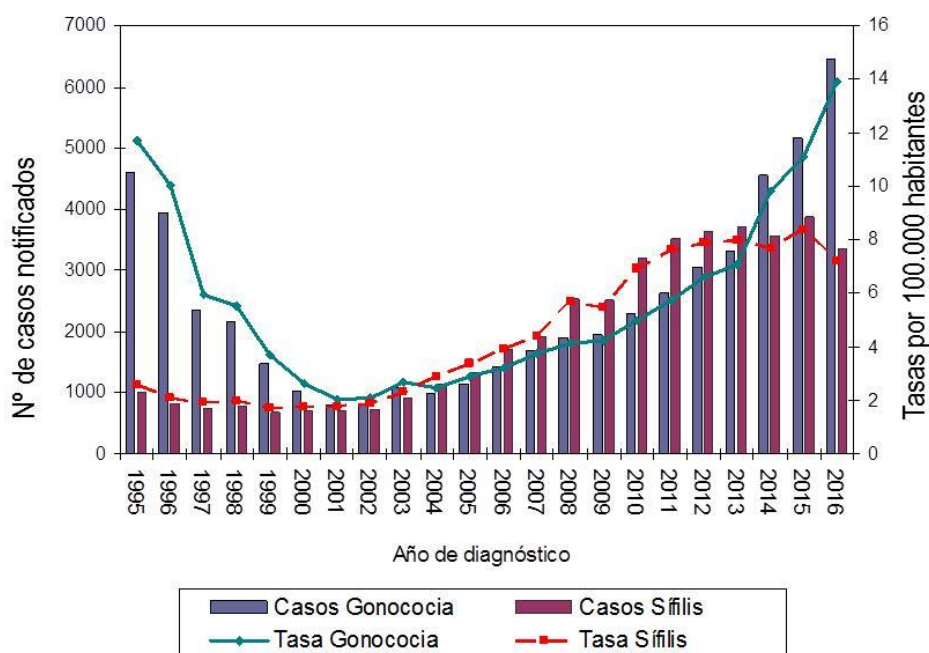
Número de nuevos diagnósticos de VIH en personas con país de origen distinto de España, por sexo y región de origen

		2013	2014	2015	2016
Hombre	España	2.519	2.569	2.371	1.906
	Europa Occidental	155	122	123	126
	Europa Central-Este	88	91	91	80
	Latinoamérica	570	579	577	450
	África Subsahariana	115	113	123	95
	África del Norte	45	54	45	45
	Otros	23	36	30	19
	No consta información	100	110	102	93
Mujer	España	287	262	261	219
	Europa Occidental	12	22	7	16
	Europa Central-Este	29	54	35	48
	Latinoamérica	137	151	106	105
	África Subsahariana	114	131	118	122
	África del Norte	12	9	15	19
	Otros	6	3	7	1
	No consta información	17	9	9	9
Total	España	2.806	2.831	2.632	2.125
	Europa Occidental	167	144	130	142
	Europa Central-Este	117	145	126	128
	Latinoamérica	707	730	683	555
	África Subsahariana	229	244	241	217
	África del Norte	57	63	60	64
	Otros	29	39	37	20
	No consta información	117	119	111	102

Fuente: Sistema de información de nuevos diagnósticos de VIH en España (SINIVIH). Datos sin corregir por retraso en la notificación.

De los nuevos casos de VIH nacidos fuera de España y por región de origen, Latinoamérica es la región con mayor número de casos, seguida de África Subsahariana y Europa Occidental para el total del periodo evaluado. Por sexo y país de origen, el mayor número de nuevos diagnósticos tanto en hombres como en mujeres fue en los nacidos en Latinoamérica, seguido por los nacidos en Europa Occidental en el caso de los hombres, y las nacidas en África Subsahariana en el caso de las mujeres.

Figura 25. Incidencia de infecciones de transmisión sexual. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes. España 1995-2016



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración Centro Nacional de Epidemiología

El número de casos notificados y las tasas de infección gonocócica han presentado un crecimiento continuo desde el año 2005. El número de casos notificados de sífilis ha presentado un crecimiento variable desde 2002: se ralentizó entre los años 2011 y 2013, fue negativo en los años 2014 y 2016, y presentó un ligero incremento en 2015.

Casos declarados de Infección gonocócica y sífilis y tasas por 100.000 habitantes

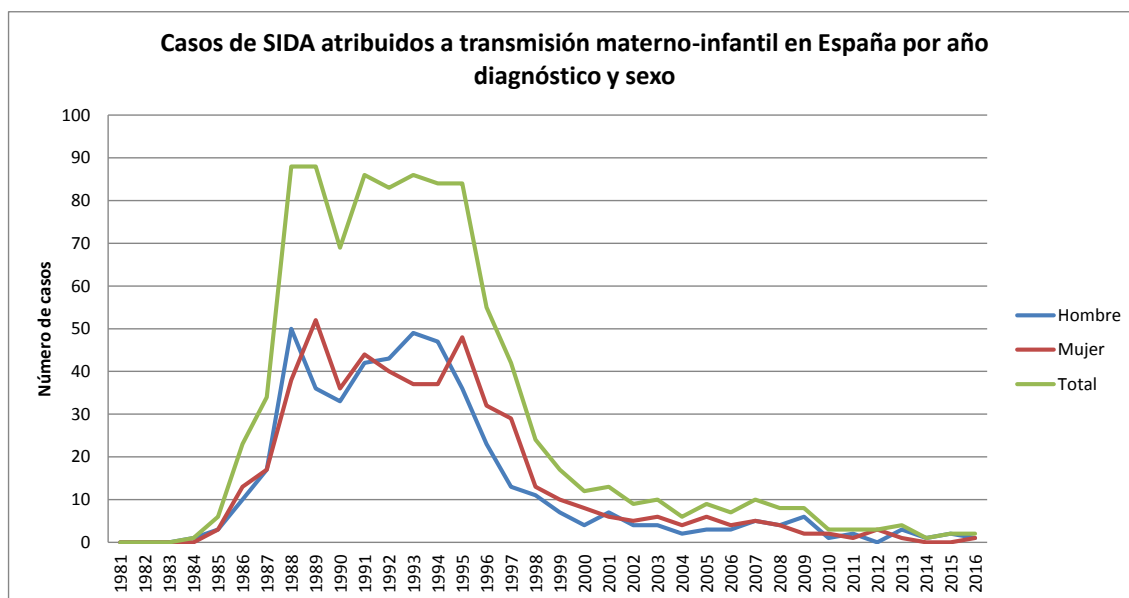
Nº casos y tasas por 100.000 habitantes	2013	2014	2015	2016
Nº casos Infección gonocócica	3.315	4.562	5.170	6.456
Tasas por 100.000 habitantes	7,12	9,84	11,14	13,89
Nº casos Sífilis	3.723	3.568	3.886	3.357
Tasas por 100.000 habitantes	8,00	7,69	8,37	7,22

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración Centro Nacional de Epidemiología

Recomendaciones

- Conseguir llegar a cero infecciones por transmisión vertical de VIH e ITS proporcionando tratamiento antirretroviral al 100% de las mujeres embarazadas con infección por el VIH.

Figura 26. Casos de sida atribuidos a transmisión vertical. España 1981 - 2016



Fuente: Registro Nacional de Casos de Sida. Datos actualizados a 30 de junio de 2017

Nota: Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de la C. Valenciana desde el 2014 ni los de Cataluña a partir de 2015. Estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación

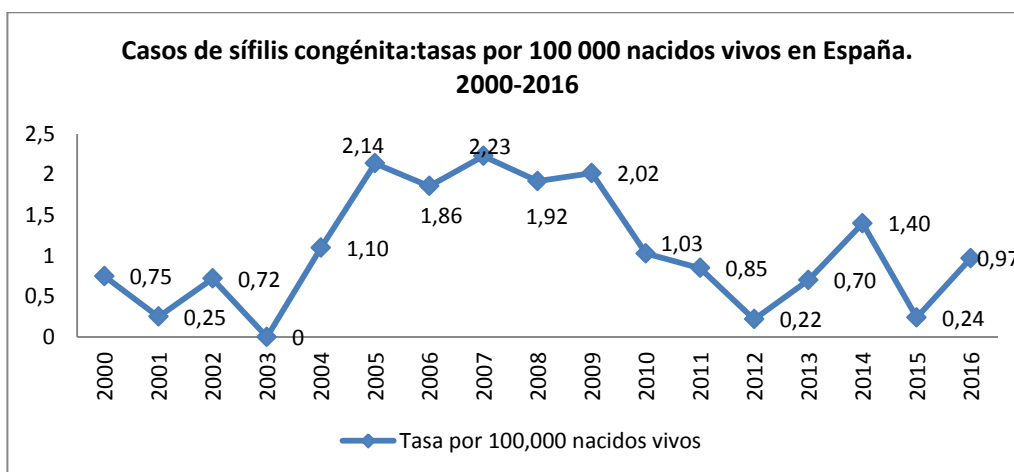
El número de casos atribuidos a la transmisión vertical ha disminuido drásticamente desde 1995, manteniéndose por debajo de 10 casos tanto en hombres como mujeres a partir de 2002, y por debajo de 5 casos a partir de 2010.

Recomendaciones

- Lograr que no haya ningún caso de sífilis congénita en hijos de madres que lleven residiendo en España, como mínimo desde los nueve meses anteriores al parto.

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
4.7 Tasa de sífilis congénita precoz	$\frac{\text{Número de casos de sífilis congénita precoz}}{100000 \text{ nacidos vivos}}$	0	0.24 (en 2015)	Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual 1995-2015. DG de Salud Pública. CNE

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración Centro Nacional de Epidemiología.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración Centro Nacional de Epidemiología

La tasa por cien mil nacidos vivos de sífilis congénita precoz ha oscilado entre 0 y 2,23 en el periodo 2000 – 2016.

Objetivo 5. Promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH y otras ITS

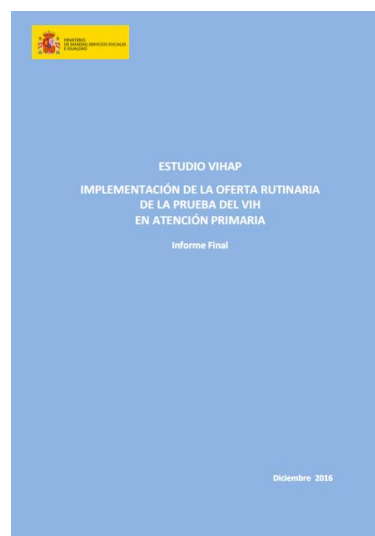
Recomendaciones

- Fomentar el diagnóstico precoz del VIH e ITS para disminuir la elevada proporción de población no diagnosticada.
- Adaptar las actividades de prevención a los distintos grupos vulnerables y a sus características socioculturales, considerando los antecedentes epidemiológicos y sanitarios propios.
- Diseñar y elaborar un mapa de recursos actualizado que incluya todos los centros disponibles en el territorio nacional para la realización de la prueba de VIH y de otras ITS.

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
5.1 Recomendaciones de diagnóstico precoz del VIH	Elaboración de guías de recomendaciones de diagnóstico precoz del VIH	Elaboración de guías de diagnóstico precoz del VIH. Elaboración del Protocolo de implementación de las Guías de recomendación de diagnóstico precoz	Guía de diagnóstico precoz 2014	http://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf
5.2 Incrementar la oferta de la prueba VIH en todos los niveles y especialidades asistenciales, fundamentalmente en Atención Primaria	Evaluación de la factibilidad de implementación de la prueba del VIH de rutina en los centros de AP	Realizar un estudio de factibilidad de la implementación de la prueba VIH rutinaria en Atención primaria (AP)	Estudio VIHAP Implementación de la oferta rutinaria de la prueba del VIH en Atención Primaria	http://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/VIHAP_22Dicbre2016.pdf
5.3 Diseñar y elaborar un mapa de recursos actualizado para la prueba de VIH y otras ITS	Elaborar un Mapa de recursos actualizado para las pruebas VIH y otras ITS	Elaborar un mapa de recursos actualizados que incluya todos los centros disponibles para la prueba de VIH y otras ITS	Mapa de Centros comunitarios de la prueba del VIH	https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/mapaCentrosComunitarios.htm

Fuente: <http://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/home.htm>

Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH y Estudio VIHAP



Disponibles en: <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/home.htm>

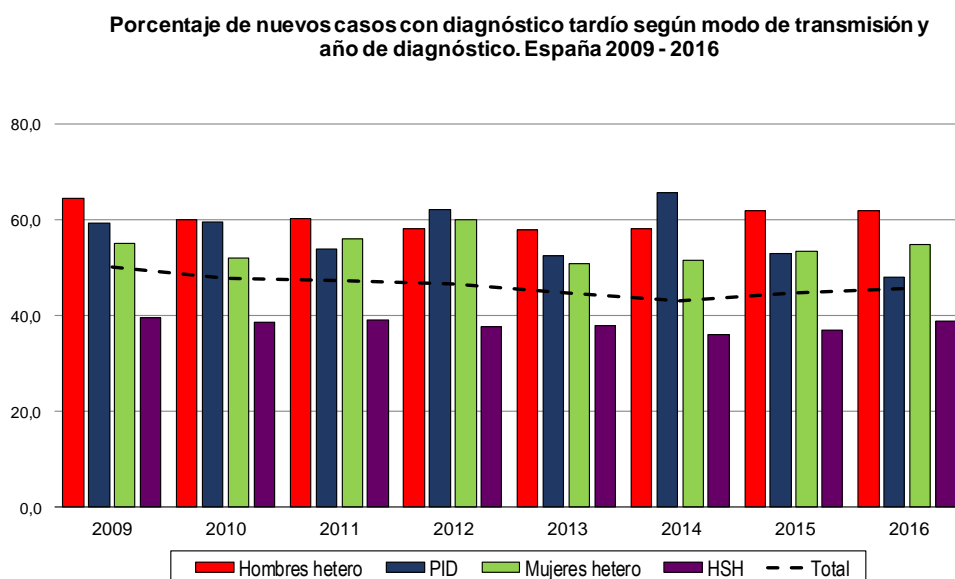
Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada

	2013	2014	2015	2016
Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH con <200 CD4 (enfermedad avanzada)	26,8%	26,4%	26,2%	26,8%
Nº de nuevos diagnósticos de VIH con <200 CD4	926	976	903	775
Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH con <350 CD4 (diagnóstico tardío)	45,6%	44,3%	45,3%	46,0%
Nº de nuevos diagnósticos de VIH con <350 CD4	1.579	1.640	1.562	1.329

Fuente: Sistema de información de nuevos diagnósticos de VIH en España (SINIVIH). Datos sin corregir por retraso en la notificación.

El porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en personas con diagnóstico tardío (CD4 < 350 células/mm³) se mantiene sin variaciones significativas en el periodo 2013-2016.

Figura 27. Porcentaje de nuevos casos con diagnóstico tardío (<350 CD4) por modo de transmisión y año de diagnóstico. España*, 2009-2016.



Fuente: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH). *Datos de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Ceuta y Melilla.

En el periodo 2009-2016, el porcentaje de casos con diagnóstico tardío por modo de transmisión fue menor en el grupo de HSH (inferior al 40%) mientras que en los hombres heterosexuales se mantuvo por encima del 60%.

Resultados del estudio de factibilidad de la implementación de la oferta rutinaria de la prueba del VIH en Atención primaria. Estudio VIHAP.

El porcentaje de aceptación de la prueba por parte de los pacientes fue de 93% y 95% en las 2 comunidades que reportaron este dato.

Número de pruebas de VIH realizadas en el total de Comunidades Autónomas participantes en la implementación de la oferta rutinaria de la prueba del VIH en Atención primaria

COMUNIDAD AUTÓNOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Baleares	92	1,6
Canarias	412	7,3
La Rioja	288	5,1
Madrid	1.259	22,4
País Vasco	277	4,9
Andalucía	1.131	20,1
Galicia	1.290	22,9
Valencia	875	15,6
Total	5.624	100

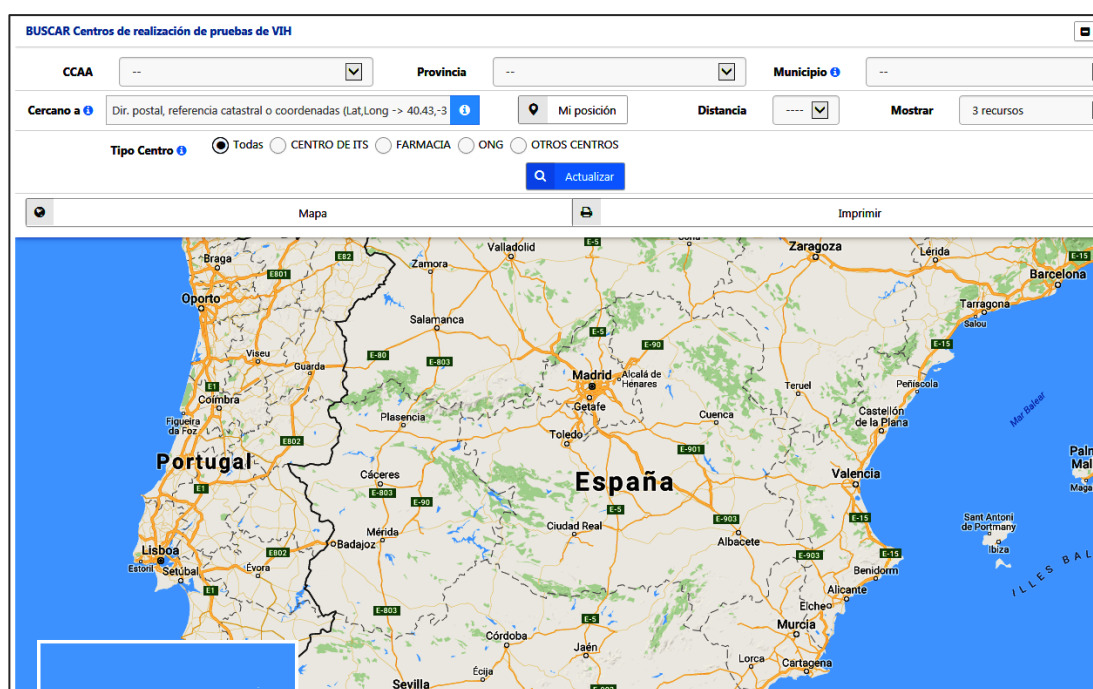
Fuente: Estudio VIHAP. Implementación de la oferta rutinaria de la prueba del VIH en atención primaria. 2016.

Características de los casos positivos

	Estudio VIHAP	SINIVIH
% Hombres	7/8	84,7
% HSH	4/8	53,9
% Nacidos fuera de España	3/8	32,1
% CD4 >350	100	53,8
% Pruebas previas	3/8	--
% Antecedentes de ITS	3/8	--
Número de nuevos diagnósticos	8	3.366

Fuente: Estudio VIHAP. Implementación de la oferta rutinaria de la prueba del VIH en atención primaria. 2016.

Mapa de Centros comunitarios de la prueba del VIH



Fuente: <https://egeovisor.redsara.es/egeo-front-end-web/leaflet/MainLeaflet.action?visualizationId=1066#>

Objetivo 6. Prevenir la limitación de la capacidad funcional y de la comorbilidad asociada

Recomendaciones

- Fomentar el abordaje Integral y multidisciplinar del paciente, abarcando las especialidades que pueden intervenir en la atención del paciente con infección por VIH y otras ITS

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
6.1 Recomendaciones y documentos de consenso para el abordaje integral del paciente	Elaboración de documentos de consenso para el abordaje de las comorbilidades en pacientes con VIH en los diferentes grupos etarios (adultos, niños, adolescentes)*	Contar con un documento de consenso o de recomendaciones actualizado para el abordaje de las principales comorbilidades en VIH.	Documentos de consenso y recomendaciones clínicas para el manejo del paciente con el VIH.	http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm

*Anexo I Documentos de consenso y Recomendaciones clínicas elaboradas durante el periodo 2013-2016

Hoja informativa sobre el Documento de Consenso sobre edad avanzada e infección por el VIH

EDAD AVANZADA E INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Puntos Claves

- Se considera 50 años o más la edad de corte aceptada para definir edad avanzada en la población con infección por VIH.
- Por encima de 65 años de edad se considerará el término "paciente mayor".

Epidemiología

- ONUSIDA estima que en el mundo 3,8 millones de personas de 50 años de edad están infectadas por el VIH, constituyendo un grupo de población que ha aumentado en todos los regiones.
- En los países de ingresos altos, se estima que el 30% de todos los adultos con el VIH tiene 50 años.
- Es probable que en el año 2020 más de 50% de las personas infectadas por el VIH sean mayores de 50 años.
- En Europa las mujeres también van envejeciendo.
- En España, el porcentaje de casos de SIDA notificadas al Registro Nacional de SIDA cuya edad al diagnóstico era de 50 años o más aumentó desde el 3,2% en 1999 hasta el 23,3% en 2013.
- Entre el 2008-2013, el porcentaje de personas infectadas por VIH/SIDA con 50 años o más ascendió del 12,8% al 46%.

Fragilidad

Se conoce como fragilidad al riesgo variable de tener un "buen estado de salud" a la misma edad. Dependiendo del principal factor de riesgo de discapacidad en personas mayores.

Se trata de un ciclo clínico "vicioso" de destrucción de energía que se va despidiendo un fenotipo de fragilidad. Se identifican cinco dimensiones: debilidad, baja resistencia al estrés, pérdida de peso, pérdida de fuerza y pérdida de actividad física y funcionalidad en cinco áreas. Los signos frágiles son aquellos que cumplen una o más áreas y los signos no frágiles o robustos los que no cumplen ninguna.

Deficiencia y Cribaje

Se recomienda la realización de una serología frente al VIH a todo adulto de hasta 65 años de edad con actividad sexual, al que se le va a realizar una extracción sanguínea por cualquier motivo y que reside en provincias con elevada prevalencia de infección por el VIH (Data de prevalencia de infección por el VIH no diagnosticada 20,1%). Si de vez en cuando la realización de una serología frente al VIH a todos los pacientes procedentes de países con elevada prevalencia de infección por el VIH con independencia de la edad, así como a todos los pacientes con exposiciones de riesgo con repetidos suabes mientras se mantienen las conductas de riesgo con independencia de la edad y a todo adulto con síntomas compatibles con infección por el VIH con independencia de la edad.

Humanidad y Envejecimiento

Se recomienda la monitorización del cociente CD4/CD8. Los pacientes con cociente CD4/CD8 < 0,5-0,50 presentan mayor riesgo de complicaciones no-SIDA, SIDA y muerte, independientemente de la cifra de linfocitos CD4, por lo que se pueden beneficiar de programas de seguimiento estrecho, deprimen grado de complicaciones no-SIDA, así como de un control más agresivo de los factores de riesgo más prevalentes, como tabaquismo, hipertensión y diabetes.

Tratamiento Antiretroviral (TAR)

Se deben contemplar las diferentes comorbilidades asociadas a la edad antes de decidir con qué TAR responder. La mayor edad de relación con una prevalencia más alta de ERC, fracturas por fragilidad, eventos vasculares o riesgo vascular elevado, diabetes, depresión y alteración del metabolismo de la vitamina D, por lo que el uso de determinados fármacos.

Polifarmacia e Interacciones, Toxicidad por TAR

Las interacciones farmacológicas. En pacientes con el VIH mayores. Se debe registrar en la historia un factor a tener en cuenta es recomendar la revisión de eficacia todos los medicamentos en la elección de las opciones de la medicación prescrite, así como de los antiretrovirales, productos naturales tanto desde el punto de vista de dosis que tengan al medicamento y medicación, alteraciones que tratamientos antiretrovirales como los, y al menos una vez al año toma el paciente para evaluar de las comorbilidades metabólicas para el resto. Se deben tener en cuenta las interacciones entre los fármacos y los fármacos. Esta evaluación debería realizar los ajustes en dosis correspondiente por lo menos una vez respondientes cuando sea necesario.

Diagnóstico y tratamiento de las comorbilidades (Cardiovascular, renales, óseas, neuropsiquiátricas)

Los pacientes mayores con el VIH deberían tener controlado al menos anuales de los datos de creatinina sérica, del fibrinógeno plasmático y de la proteína. En pacientes con un cambio agudo en la función renal se deben evaluar todas las causas de enfermedad renal.

El fundamental ajustará la dosis de formación a la función renal (incluyendo los antiretrovirales) y se tendrán en cuenta las interacciones farmacológicas.

La población con el VIH de edad avanzada es especialmente vulnerable al deterioro cognitivo y funcional. Las alteraciones funcionales asociadas más importantes son dificultades en la toma de la medicación y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

Está recomendada en las mujeres postmenopáusicas y en hombres mayores de 50 años en cuenta con las enfermedades cardiovasculares previas, un bajo nivel del recuento de células CD4, carga viral plasmática detectable y la eficacia de los antiretrovirales. Se ha demostrado un recuento actual bajo de células CD4. Por otro lado, también es especialmente importante detectar (precozmente) estas alteraciones, para poder mejorar el funcionamiento diario y evitar una posible situación de invalidez.

Los tratamientos de ansiedad y depresión son muy prevalentes en el paciente VIH con edad avanzada. Por ello, es fundamental su identificación y tratamiento de forma precoz. Es importante identificar al paciente de alto riesgo y recomendar su reducción.

Salud Sexual, Menopausia y Calidad de Vida

Se recomienda valorar la etiología fisiológica u orgánica de la disfunción sexual en hombres y mujeres de edad avanzada con el VIH, y derivar a los servicios sanitarios o sociales más adecuados. Si el TAR es el principal factor asociado a la disfunción sexual, se recomienda valorar el cambio a otros fármacos con menor impacto en la respuesta sexual.

Se aconseja la evaluación diagnóstica de las alteraciones metabólicas en la mujer con infección por el VIH para confirmar o descartar la presencia de una menopausia precoz. En la mujer mayores con el VIH puede aumentar la prevalencia de osteopenia y osteoporosis.

El envejecimiento supone un importante reto emocional para las personas con infección por el VIH debido a que se percibe a menudo como el aislamiento social, el estigma y los síntomas depresivos. Rasgos psicológicos como la resiliencia, el optimismo y el sentido de control se relacionan con un envejecimiento saludable.

Las intervenciones basadas en la promoción de estrategias de afrontamiento y en el uso de programas de autoayuda para mejorar la calidad de vida y el estado emocional de las personas que envejecen.

Vacunación (Vacunas)

Se recomienda la vacunación en todas las personas con el VIH de edad avanzada (Influenza, Hepatitis B y A, difteria, Tétanos, Zoster, Meningococo, Haemophilus influenzae tipo b y neumococo), lo antes posible, independientemente de la cifra de linfocitos CD4, aunque la posibilidad de respuesta es mayor en pacientes con unos linfocitos CD4 más elevados y TAR eficaz.

Adherencia

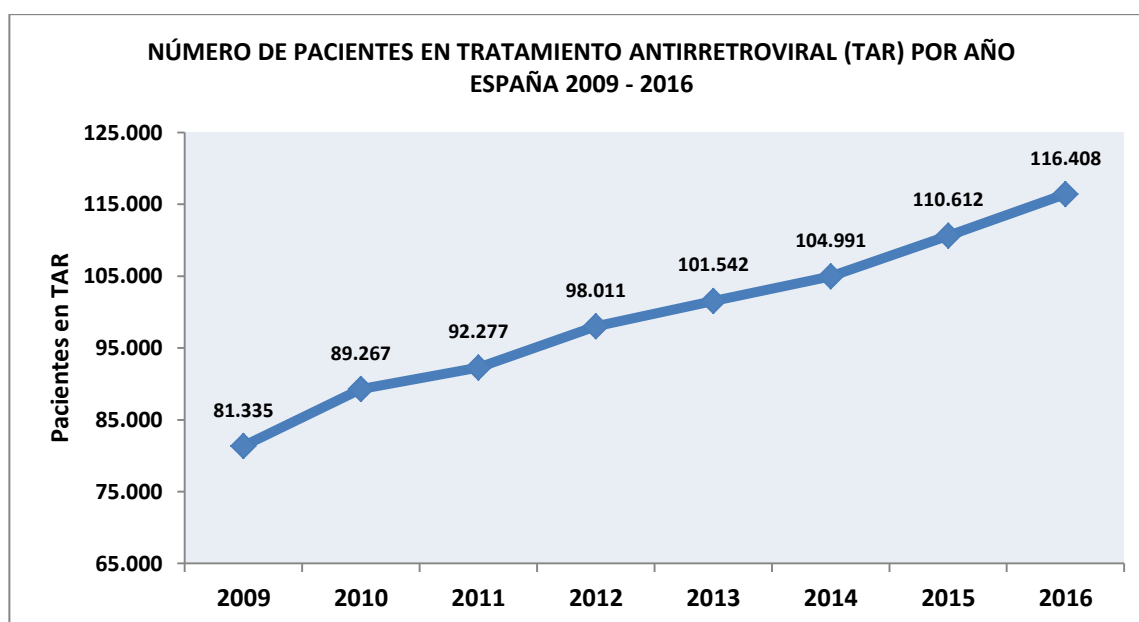
Es prioritario identificar y establecer estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con el VIH de mayor edad, utilizando de la medida de la posibilidad de adherencia. Este aspecto redundará en una mejora en la adherencia terapéutica, la prevención de efectos adversos, errores de medicación e interacciones. Se recomienda realizar la revisión de la farmacoterapia preventiva de forma sistemática y mediante una metodología secuencial y estructurada.

Objetivo 7. Mejorar el acceso al tratamiento precoz de las personas con infecciones por el VIH y otras ITS

Recomendaciones

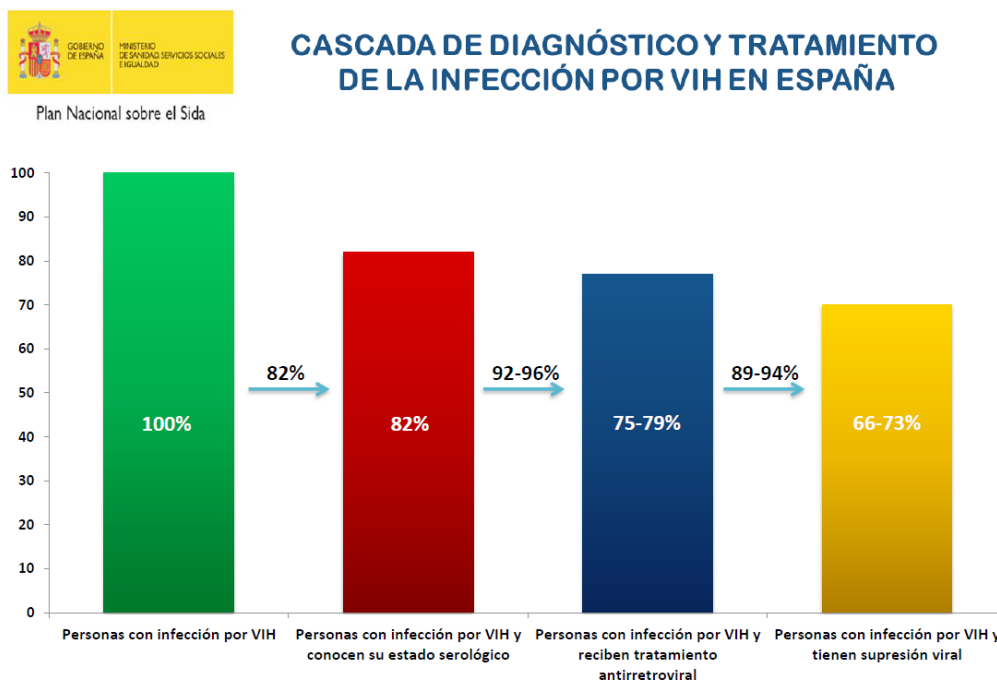
- Diseñar e implantar un sistema de información sobre el tratamiento del VIH que permita conocer el número de pacientes en tratamiento, el tipo y combinaciones de tratamiento, así como el gasto en antirretrovirales.

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
7.1 Sistema de información sobre el tratamiento VIH	Contar con un sistema de información para el registro de pacientes VIH así como el tratamiento que reciben.	Contar con un sistema de información integrado para el registro de pacientes VIH y el tratamiento que reciben	Información remitida por las CCAA de forma anual	Declaración de CCAA informe sobre tratamiento
7.3 Porcentaje de personas con VIH en tratamiento ARV	$(\text{Personas con VIH en tratamiento} / \text{personas diagnosticadas}) * 100$	>90%	92 - 96 %	http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/CascadaWEBDxTTOVIH22Novbre17.pdf Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH
7.3 Porcentaje de personas en tratamiento con carga viral indetectable	$(\text{Personas en tratamiento ARV con carga viral indetectable} / \text{Total de personas en tratamiento}) * 100$	>90%	89 - 94 %	http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/CascadaWEBDxTTOVIH22Novbre17.pdf Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH



Fuente: Declaración de los planes autonómicos VIH e ITS.

El número total de personas con VIH en tratamiento antirretroviral ha tenido una tendencia a incrementarse durante el periodo 2009-2016, con un incremento medio anual cercano al 5%.

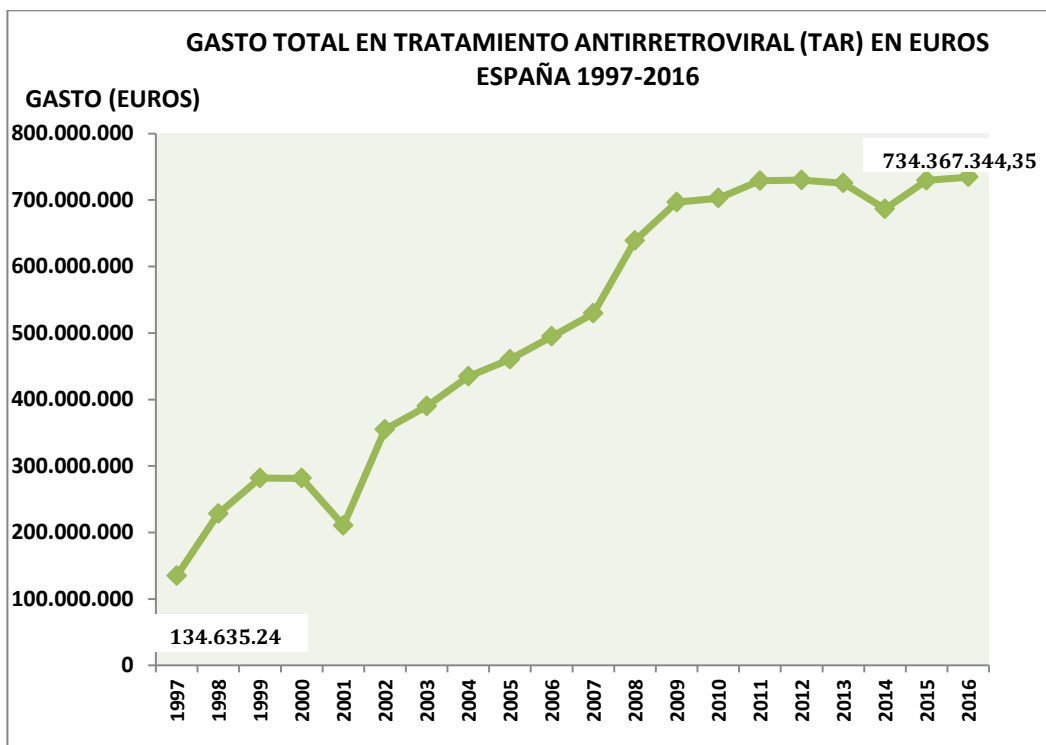


Elaborado por el Plan Nacional sobre el Sida a partir de las estimaciones realizadas por el Centro Nacional de Epidemiología para el año 2013 y datos procedentes de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH, 2016.

Fuente:

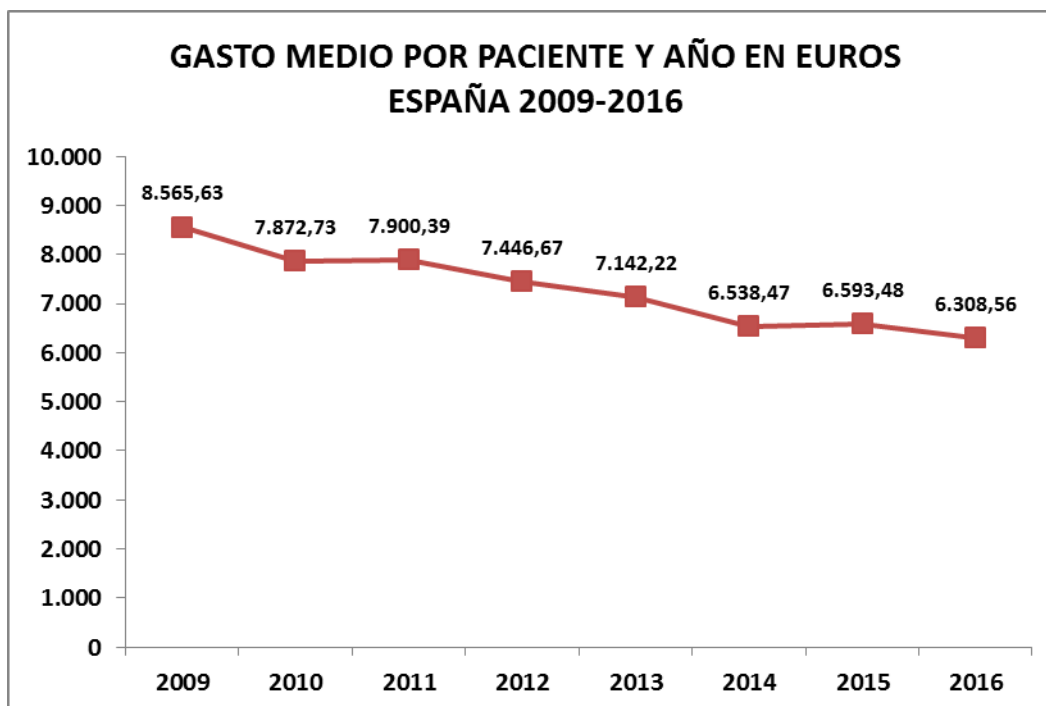
<http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/CascadaW EBDxTTOVIH22Novbre17.pdf>

En España se estima que el 82% de las personas con infección por el VIH conocen su estado serológico; de ellas, entre el 92 y 96% reciben tratamiento antirretroviral. Y de estas últimas entre el 89 y 94% presentan una carga viral indetectable. Acercándose a las cifras objetivas planteados por ONUSIDA para 2020.



Fuente: Declaración de los planes autonómicos VIH e ITS.

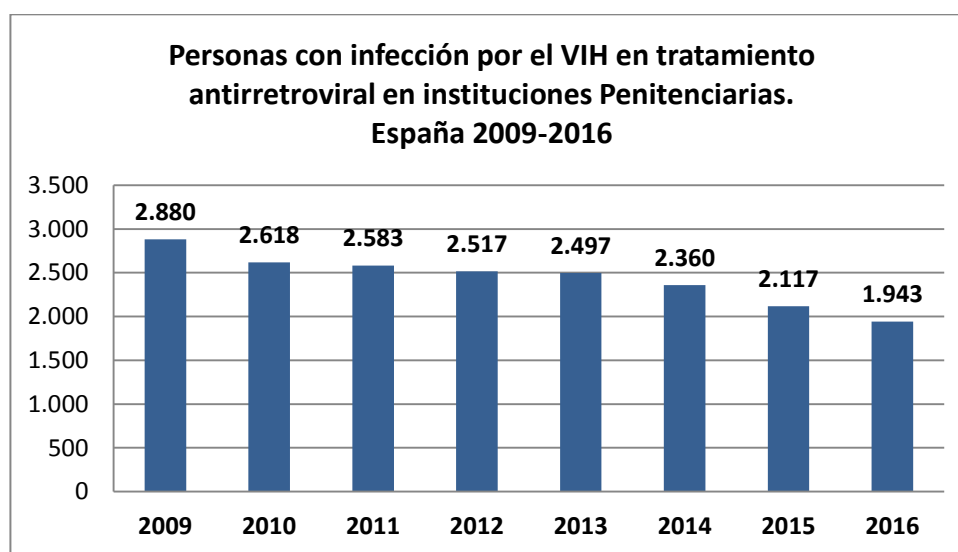
El gasto total en tratamiento antirretroviral ha presentado una tendencia a incrementar desde 1997, a excepción de los años 2001y 2014.



Fuente: Declaración de los planes autonómicos VIH e ITS.

El gasto medio anual en tratamiento antirretroviral ha disminuido en los años posteriores al 2009. Esta disminución se debería principalmente a que el número total de personas en tratamiento ha presentado un incremento constante durante dicho periodo.

Figura 29. Evolución del número de personas con el VIH en tratamiento antirretroviral (ARV) en Instituciones Penitenciarias



Fuente: Elaboración por el PNS a partir de la información apartada por Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

El número total de personas con VIH en instituciones penitenciarias en tratamiento antirretroviral, ha presentado una tendencia a disminuir durante el periodo 2009-2016.



Objetivo 8. Garantizar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales

Recomendaciones

- Reforzar la coordinación para la correcta derivación, tratamiento y seguimiento del paciente, entre las unidades hospitalarias de VIH, los centros de ITS e instituciones penitenciarias.

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
8.1 Reuniones de actualización VIH-ITS	Número de reuniones de actualización n/año	Al menos una reunión-encuentro de actualización por año	Organización encuentro anual sobre ITS VII Encuentro sobre ITS del Grupo EPI-ITS y del Grupo EPI-VIH. Madrid 2015	http://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTrasmisibles/sida/docs/programaITSEspanaXXXIJun2015.pdf

VII Encuentro sobre ITS del Grupo EPI-ITS y del Grupo EPI-VIH. Madrid 2015.

<p>OBJETIVO:</p> <p>El objetivo de este encuentro es presentar la situación epidemiológica actual sobre VIH e ITS; abordar los aspectos clínicos, microbiológicos y de prevención, estimular la cooperación entre redes centinela que trabajan en VIH y otras ITS y estudiar iniciativas de trabajo conjunto entre profesionales sanitarios.</p> <p>En este encuentro participarán expertos en infección por el VIH y otras ITS de distintas comunidades autónomas que forman parte del Grupo de Trabajo sobre infecciones de transmisión sexual (Grupo EPI-ITS) y Grupo EPI-VIH, del Grupo ITS de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y del Grupo de Trabajo ETS/SIDA de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV).</p> <p>DIRIGIDO A:</p> <p>Profesionales sanitarios interesados en el tema.</p> <p>LUGAR DE CELEBRACIÓN:</p> <p>Salón de Actos Ernest Lluch. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Paseo del Prado, 18-20, Madrid.</p> <p>INSCRIPCIÓN GRATUITA:</p> <p>http://www.msssi.gob.es/canales/sge/home.htm</p>		<h3>Las Infecciones de Transmisión Sexual en España en el siglo XXI: Desafíos y oportunidades</h3> <p>en el marco del Plan Estratégico de Prevención y Control de VIH e ITS</p> <p>VII Encuentro sobre ITS del Grupo EPI-ITS y del Grupo EPI-VIH</p> <p>I Reunión del Grupo ITS-SEIMC y del Grupo ETS/SIDA de la AEDV</p> <p>Madrid, 18 de Junio 2015</p> <p>Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Pº del Prado, 18 - 20</p> <p>ORGANIZADO POR</p>  <p>PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA</p>
---	---	--

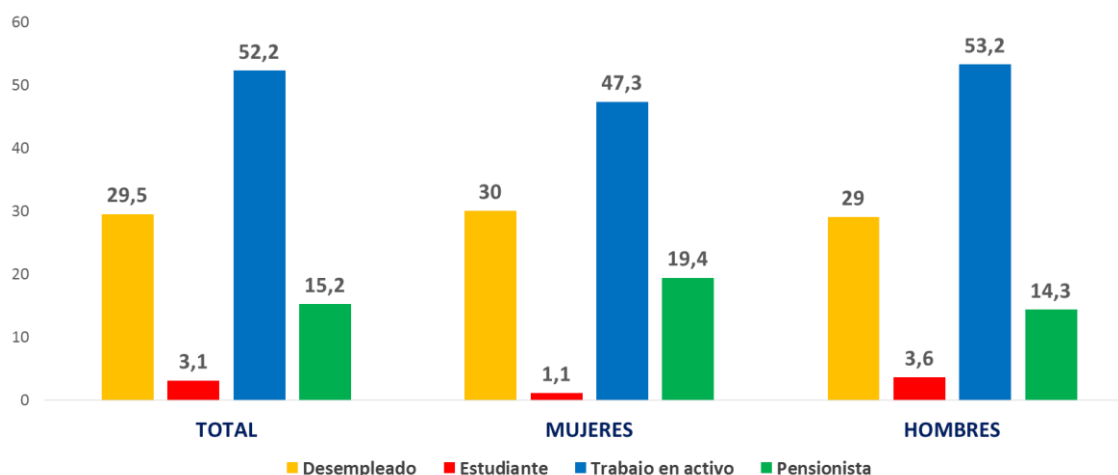
Objetivo 9. Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH e ITS

Recomendaciones

- Colaborar con otras instituciones para fomentar la adhesión de empresas a códigos de conducta éticos contra la discriminación y el rechazo hacia las personas con VIH y otras ITS, capacitando a sus técnicos a través de la formación adecuada, para favorecer la inserción laboral de las personas con VIH y el manejo de posibles situaciones de riesgo.
- Subvenciones IRPF

Indicador	Fórmula	Estándar	Resultado	Fuente
9.5 Situación laboral de personas VIH	Encuesta sobre situación laboral en personas VIH/ 2 años	Al menos una encuesta sobre situación laboral cada 2 años	En 2016 se realizó una encuesta online para evaluar la situación laboral en personas con VIH	Encuesta sobre la situación laboral de las personas con VIH en España.
Informe: Criterios médicos de acceso a cuerpos y fuerzas de seguridad del estado y fuerzas armadas (CCFFSSEE)	Elaboración y/o actualización de un informe sobre criterios de acceso a CCFFSSEE	Contar con un informe actualizado sobre criterios de acceso a CCFFSSEE	Primer borrador del informe CCFFSSEE en 2015	Pendiente de revisión y publicación

Figura 29. Resultados sobre la situación laboral de la encuesta #VIH laboral



Fuente:

http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaSituacionLaboralVIH_18_072018.pdf

El 53,2 % de los hombres y el 47,3% de las mujeres con diagnóstico de VIH, se encuentran trabajando y alrededor del 30% se encuentran desempleados. Un menor porcentaje en ambos grupos es pensionista o estudiante, según los datos de la encuesta #VIHLABORAL

Objetivo 10. Garantizar la igualdad en el acceso a la prevención y la atención socio sanitaria de las personas con VIH e ITS

Recomendaciones

- Estudiar las posibles situaciones de discriminación y documentar su impacto en el acceso a los servicios sanitarios.
- Velar por el cumplimiento de la legislación vigente frente a la discriminación hacia las personas con el VIH y otras ITS.

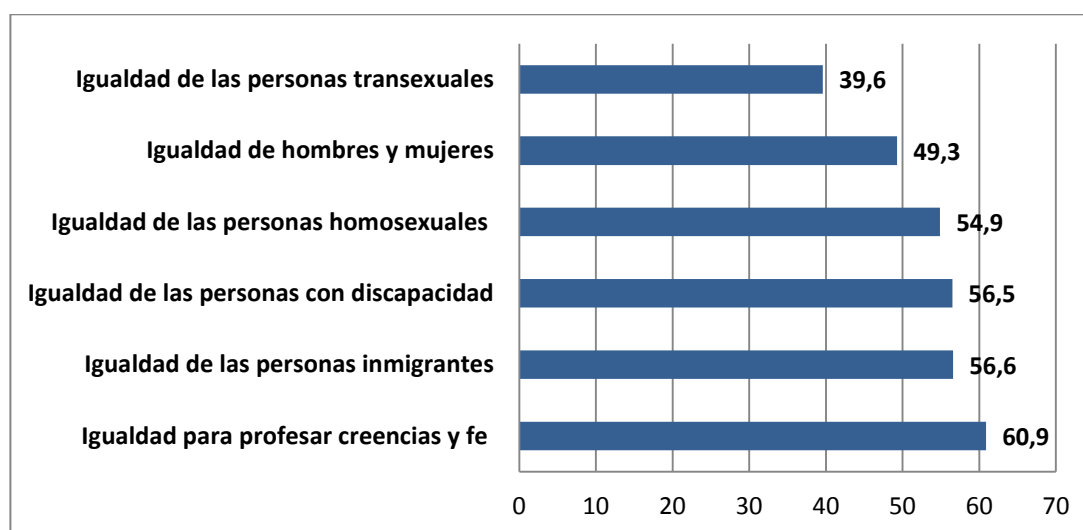
Motivos de discriminación en la población general. Encuesta sobre percepción de la discriminación en España 2013.

Motivos de discriminación que se presentan más aislados	Motivos de discriminación que se presentan más acumulados
Enfermedad crónica o infecciosa (50%)	Pocos recursos económicos (86%)
Discapacidad (41,7%)	Religión (85,2%)
Nacionalidad (37,5%)	Origen étnico (83,7%)
Sexo (36,5%)	Orientación sexual (83,3%)
Edad (33%)	Ideas políticas (80%)

Fuente: Los perfiles de la discriminación en España. Análisis de la Encuesta CIS-3.000. Percepción de la discriminación en España 2013.

De la población general encuestada sobre motivos de discriminación, el 50% consideró a las enfermedades crónicas o infecciosas

Figura 30. Proporción de personas que consideran suficientes los esfuerzos en las políticas de igualdad en cada ámbito



Fuente: Los perfiles de la discriminación en España. Análisis de la Encuesta CIS-3.000. Percepción de la discriminación en España 2013

Según el informe de la encuesta sobre la percepción de la discriminación en España 2013, el 54,9% de los encuestados considera que se están realizando los esfuerzos suficientes en políticas de igualdad de las personas homosexuales, el 49,3% lo considera así en la igualdad entre hombres y mujeres y el 39,6% en el ámbito de las personas transexuales.

El informe de CESIDA sobre los datos de las consultas realizadas a la Clínica Legal de la Universidad de Alcalá hace referencia a las consultas relacionadas con posibles casos de discriminación. En dicho informe se describe que recibieron 97 consultas de personas con VIH, de ellas cerca de una de cada tres (29%) no presentaba discriminación ni limitación de derechos, en 11 casos (11,3%) se detectó discriminación y limitación de un derecho fundamental; 43 casos (44,3%) en los que se detectó discriminación y 14 casos (14,4%) en que se detectó limitación de un derecho fundamental. Además informa que las principales causas de consultas fueron por dudas sobre normas jurídicas, protocolos internos y actitudes negativas.

Conclusiones

- Durante el periodo 2013-2016 se han llevado a cabo múltiples actividades e intervenciones siguiendo las recomendaciones de los objetivos incluidos en las líneas estratégicas planteadas en el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016.
- Se han llevado a cabo actividades de coordinación, participación y apoyo a nivel nacional e internacional en el marco de la respuesta frente al VIH y otras ITS.
- Se han logrado mejoras en los resultados alcanzados en los indicadores de vigilancia epidemiológica del VIH y otras ITS.
- Queda pendiente mejorar los porcentajes alcanzados en el diagnóstico precoz de las personas con el VIH y alcanzar al tercer 90 de los objetivos ONUSIDA para 2020 (90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral).
- Se han realizado diferentes actividades de promoción de conductas saludables y prevención de la infección por el VIH y otras ITS, dirigidas tanto a población general como a población vulnerable.
- Se han llevado a cabo diferentes iniciativas para fomentar y mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento de las personas con el VIH y otras ITS.
- Se han elaborado y actualizado documentos de recomendaciones basadas en la evidencia para el abordaje multidisciplinar de la persona con el VIH u otra ITS.
- Se han elaborado documentos para promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con el VIH e ITS.
- La participación de la sociedad civil, a través de organismos no gubernamentales, en la prevención del VIH y otras ITS es alta.
- Hay un compromiso por parte del MSCBS para brindar apoyo institucional, facilitar la gestión y brindar soporte financiero a las iniciativas en promoción y prevención del VIH y otras ITS.

Valoración global

Como valoración global de la evaluación podemos afirmar que:

- La mayoría de los objetivos planteados en el Plan estratégico de prevención y control por la infección por el VIH y otras ITS 2013-2016 han presentado alguna medida de intervención y de resultado. Esto ha permitido evidenciar el cumplimiento de los mismos, aunque se observan diferencias en la magnitud de dicho cumplimiento.
- Si bien es cierto las recomendaciones incluidas en los objetivos propuestos en el Plan estratégico no son de obligado cumplimiento, es papel de la SPNS, acometer aquellas que no hayan podido ser ejecutadas y que se consideren fundamentales para los objetivos del Plan.
- Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se han elaborado unos indicadores clave de seguimiento que nos permitan trabajar en aquellos aspectos prioritarios para el próximo periodo.

INDICADORES CLAVE

INDICADOR	DEFINICION	FUENTE	PERIODICIDAD
Nuevos diagnósticos de infección por el VIH	Nuevos diagnósticos de infección por el VIH según año de diagnóstico	SINIVIH	Anual
Nuevos diagnósticos de VIH de transmisión materno-infantil	Porcentaje de nuevos diagnósticos de transmisión materno-infantil entre el número total de nuevos diagnósticos de VIH en cada año	SINIVIH	Anual
Nuevos diagnósticos de VIH en menores de 30 años	Número de nuevos diagnóstico de VIH cuya edad al diagnóstico es menor de 30 años	SINIVIH	Anual
Nuevos diagnóstico de VIH en mayores de 50 años	Número de nuevos diagnóstico de VIH cuya edad al diagnóstico es superior a 50 años	SINIVIH	Anual
Personas con el VIH que conocen su estado serológico respecto del VIH	Estimación del porcentaje de personas con el VIH y que conocen su estado serológico	Estimación mediante modelos matemáticos	Cada 5 años
Diagnóstico tardío del VIH	Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH cuya primera determinación de CD4 tras el diagnóstico es <350 células/mm ³	SINIVIH	Anual
Personas que reciben terapia antirretroviral	Porcentaje de personas que reciben terapia antirretroviral entre el total de personas con el VIH	Declaración de Comunidades Autónomas	Anual
Personas que reciben tratamiento y tienen la carga viral suprimida	Porcentaje de personas diagnosticas por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral y tienen su carga viral suprimida en la última determinación	Encuesta Hospitalaria de pacientes con el VIH	Anual
Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH	Porcentaje de mujeres embarazadas con el VIH en tratamiento TAR	Cohorte de Madrid y Barcelona	Anual
Coste tratamiento antirretroviral	Coste medio anual en euros de tratamiento antirretroviral	Declaración de CCAA	Anual
Mortalidad por VIH y sida	Número total de personas que han fallecido por causas relacionadas con el sida por cada 100.000 personas	INE	Anual
Mortalidad no relacionada con la infección por el VIH	Porcentaje de personas con el VIH que han fallecido en el hospital por causas no relacionadas con la infección	CMBD	Cada 3 años
Actividad laboral	Porcentaje de personas con el VIH que se encuentran en actividad laboral	Encuesta sobre situación laboral	Cada 5 años
Desempleo	Porcentaje de personas con el VIH en edad de PEA que se encuentran en situación de desempleo	Encuesta sobre situación laboral	Cada 5 años

INDICADOR	DEFINICION	FUENTE	PERIODICIDAD
Incapacidad	Porcentaje de personas con el VIH que se encuentran con algún grado de incapacidad	Encuesta sobre situación laboral	Cada 5 años
Conducta sexual en población joven	Porcentaje de jóvenes que han utilizado preservativo en su última relación sexual completa	Estudio HBSC-Health Behaviour In School-Aged Children	Cada 4 años
	Porcentaje de jóvenes escolarizados entre 15 y 18 años, que declaran haber mantenido relaciones sexuales completas	Estudio HBSC-Health Behaviour In School-Aged Children	Cada 4 años
	Grado de utilización de métodos anticonceptivos la última vez que se han mantenido relaciones sexuales completas en jóvenes escolarizados entre 15 y 18 años	Estudio HBSC-Health Behaviour In School-Aged Children	Cada 4 años
Conocimientos sobre prevención del VIH	Infografías y/o documentos de consenso elaboradas/actualizados sobre temas relevantes para la prevención del VIH dirigidas a población vulnerable	PNS	Anual
Gasto en programas preventivos	Número de convocatorias anuales para la subvención de proyectos de promoción y prevención de la infección por VIH	PNS	Anual
Actualización de conocimientos sobre el VIH	Número de cursos de actualización y formación en VIH dirigido a profesionales sanitarios	PNS	Variable dependiendo de las necesidades

ANEXOS

ANEXO I Documentos de consenso, recomendaciones e infografías dirigidas a profesionales elaboradas durante el periodo 2013-2016

2013	2014	2015	2016
<ul style="list-style-type: none"> • Documento de Consenso sobre el Manejo Clínico de los Trastornos Neurocognitivos Asociados a la Infección por el VIH. Enero 2013. • Recomendaciones de Gesida/Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida para el tratamiento de la tuberculosis en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (actualización enero de 2013). • Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2013). • Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. • Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y Grupo de Estudio de Sida, sobre la asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH Marzo de 2013 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de consenso sobre alteraciones metabólicas y riesgo cardiovascular en pacientes con infección por el VIH. Febrero 2014. • Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el VIH (Actualización Febrero 2015). • Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Marzo 2015). • Guía de práctica clínica para el abordaje integral del adolescente con infección por el VIH (Octubre 2015). • Documento de consenso sobre edad avanzada e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. • Recomendaciones para el cribado de la infección VIH del niño hijo de madre infectada con posibilidad de adopción. • Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2015). 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de consenso sobre tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Enero 2016). • Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2016).

ANEXO II Hojas informativas sobre profilaxis postexposición

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL (PPENO)

La Exposición No Ocupacional, se define como el contacto por vía sexual o percutánea, de manera accidental, con sangre y/u otros fluidos biológicos potencialmente infectados con el VIH fuera del ámbito ocupacional o perinatal. La profilaxis Post-Exposición (PPE) se aconseja en personas con una exposición de riesgo al VIH esporádica.

Se recomienda realizar PPE cuando el riesgo de transmisión es alto. Cuando el riesgo no es alto se debe valorar individualmente cada caso, y cuando el riesgo es despreciable o nulo no se recomienda.

TDF/FTC + RAL

RECOMENDACIONES CALIDAD DE LA EVIDENCIA

Recomendación	Calidad de la Evidencia
Se necesita conocer la situación serológica frente al VIH del paciente fuente. Los resultados se han de conocer preferentemente en las primeras 2 horas.	Fuerte Alta
Si no se puede conocer la situación serológica del paciente fuente, se considerará como de alto riesgo.	Fuerte Moderada
La PPE no debe posponerse hasta la disposición de los resultados de la serología del caso fuente y se debe suspender si se confirma que el paciente fuente es VIH negativo.	Fuerte Baja
La PPE ha de iniciarse lo antes posible tras la exposición al VIH, preferiblemente en las primeras 24 horas y siempre dentro de las primeras 72 horas.	Fuerte Moderada
Tras la exposición accidental, las heridas y la piel expuesta debe ser lavada con agua y jabón. Por otra parte, tras un pinchazo accidental, nunca debe exprimirse la zona del pinchazo.	Fuerte Moderada
Tras una exposición por vía sexual se han de descartar, además del VIH, otras ITS realizando los procedimientos diagnósticos adecuados.	Fuerte Alta
En caso de exposición de riesgo a VIH en una mujer gestante, se deben seguir las mismas recomendaciones de PPE que en las no gestantes.	Fuerte Baja
Se recomienda utilizar TDF/FTC con RAL como pauta preferente, tanto en PPE ocupacional como no ocupacional. La duración de la PPE será de 28 días.	Fuerte Moderada
Como pauta alternativa se pueden utilizar TDF/FTC con DRV/r, ATV/r, DTG, EVG/COBI o RPV.	Débil Baja
Se debe aconsejar sobre medidas para prevenir la transmisión secundaria, en especial durante las primeras 6-12 semanas tras la exposición.	Fuerte Alta
Se recomienda una re-evaluación de la adherencia y toxicidades a las 72 horas de iniciar la PPE.	Fuerte Baja

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN (PPE) AL VHB

TIPO DE EXPOSICIÓN	RIESGO DE TRANSMISIÓN SEGUN FUENTE	RECOMENDACIÓN
• Relación sexual anal o vaginal, respectiva, sin preservativo o mal uso del mismo	• VIH positivo con CVP detectable o desconocido (3)	Recomendar PPE
• Compartir jeringuillas o agujas con UOVP	• VIH desconocido con factores de riesgo (4)	Valorar individualmente (5)
• Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1)	• Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o moderado	Valorar individualmente (5)
• Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de sangre	• VIH positivo con CVP indetectable	Valorar individualmente (5)
	• VIH desconocido sin factores de riesgo	Valorar individualmente (5)
	• VIH desconocido con factores de riesgo	Valorar individualmente (5)
	• VIH desconocido sin factores de riesgo	PPE no recomendada
• Relación sexual vaginal (pene, vagina, ano), receptiva o insertiva, o con un preservativo, sin preservativo u otro método de barrera o mal uso del mismo.	• Exposiciones con riesgo de transmisión bajo o moderado	Valorar individualmente (5)
• Exposición de otras mucosas o de piel no intacta a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes (1)	• VIH positivo con CVP detectable, indetectable o desconocido	Valorar individualmente (5)
• Cambiar tipo de exposición con fluidos no infectantes (2)	• VIH desconocido con factores de riesgo	Valorar individualmente (5)
• Exposiciones sobre piel intacta. Mordeduras en rotura de piel no sangrante. Pinchazo o erosión superficial con agujas u otros objetos punzantes o cortantes abandonados que no han estado en contacto reciente con sangre. Besos. Rostornear boca a boca sin lesiones ulceromucosas. Cercas. Masturbación sin rotura de piel ni exposición a sangre. Relaciones sexual con uso adecuado del preservativo	• Exposiciones con riesgo de transmisión despreciable o nulo	PPE no recomendada
	• VIH positivo con CVP detectable e indetectable y VIH desconocido con sin factores de riesgo	PPE no recomendada

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN (PPE) AL VHB

Serología VHB de la fuente de exposición	No vacunado del VHB	Vacunación incompleta del VHB	Vacunación completa del VHB
Fuente de HBsAg positivo o desconocido	Administrar 1 dosis de IGb1 + Serie completa de vacunación	Completar vacunación del VHB, según corresponda	Determinar anti-HBs Respuesta adecuada: anti-HBs ≥ 10 IU/ml Respuesta inadecuada: anti-HBs < 10 IU/ml
Fuente de HBsAg negativo	Serie completa de vacunación	Completar vacunación del VHB, según corresponda	Con 2 series completas de vacuna VHB Con 3 series completas de vacuna VHB

ABORDAJE PSICOLÓGICO

Es importante que el clínico valore en la visita de prescripción de la PPE la necesidad de apoyo psicológico. Los niveles de angustia o ansiedad elevados reducen la transmisión de la información, haciendo que resulte inútil por falta de comprensión de las instrucciones a seguir por parte del paciente, dando como resultado una adherencia no adecuada. Ante una agresión sexual, se derivará a la persona expuesta al centro de salud mental de referencia, reforzando la monitorización de la adherencia, ya que se ha mostrado inadecuada en el contexto de las agresiones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado para la PPE no ocupacional y para la extracción sanguínea de la persona fuente y de la persona expuesta, se puede realizar de forma verbal y reflejarlo en la historia clínica o por escrito, según las preferencias de cada centro.

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN OCUPACIONAL (PPEO)

Exposición Ocupacional es aquella que ocurre con ocasión o a consecuencia de la realización de un trabajo y puede suponer un riesgo de infección para el trabajador.

Se recomienda realizar PPE cuando el riesgo de transmisión es alto. Cuando el riesgo no es alto se debe valorar individualmente cada caso, y cuando el riesgo es despreciable o nulo no se recomienda.

TDF/FTC + RAL

RECOMENDACIONES CALIDAD DE LA EVIDENCIA

Recomendación	Calidad de la Evidencia
Se necesita conocer la situación serológica frente al VIH del paciente fuente. Los resultados se han de conocer preferentemente en las primeras 2 horas.	Fuerte Alta
Si no se puede conocer la situación serológica del paciente fuente, se considerará como de alto riesgo.	Fuerte Moderada
La PPE no debe posponerse hasta la disposición de los resultados de la serología del caso fuente. Se debe suspender si se confirma que el paciente fuente es VIH negativo.	Fuerte Baja
La PPE ha de iniciarse lo antes posible tras la exposición ocupacional (EO) al VIH, preferiblemente en las primeras 24 horas y siempre dentro de las primeras 72 horas.	Fuerte Moderada
Se debe aconsejar medidas para prevenir la transmisión secundaria, en especial durante las primeras 6-12 semanas tras la exposición.	Fuerte Alta
En las EO percutáneas a sangre con riesgo alto y muy alto, se recomienda realizar PPE.	Fuerte Moderada
Se recomienda utilizar TDF/FTC con RAL como pauta preferente, tanto en PPE ocupacional como no ocupacional. La duración de la PPE será de 28 días.	Fuerte Moderada
Como pauta alternativa se pueden utilizar TDF/FTC con DRV/r, ATV/r, DTG, EVG/COBI o RPV.	Débil Baja
Se recomienda una re-evaluación de la adherencia y toxicidades a las 72 horas de iniciar la PPE.	Fuerte Baja

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN (PPE) AL VHB

TIPO DE EXPOSICIÓN	TIPO DE MATERIAL	RECOMENDACIÓN
Perforación	• Sangre Riesgo muy alto, alto y no alto	Recomendar PPE
	Líquido que contiene sangre.	Recomendar PPE
	• Otros líquidos potencialmente infectantes o tejidos	Recomendar PPE
	Otros líquidos corporales no infectantes	No recomendar PPE
Mucosa	Sangre	▶ Valorar individualmente
	Líquido que contiene sangre.	▶ Valorar individualmente
	• Otros líquidos potencialmente infectantes o tejidos	▶ Valorar individualmente
	Otros líquidos corporales no infectantes	No recomendar PPE
• Piel alto riesgo	Sangre	▶ Valorar individualmente
	Líquido que contiene sangre.	§ Valorar individualmente
	• Otros líquidos potencialmente infectantes o tejidos	§ Valorar individualmente
	Otros líquidos corporales no infectantes	No recomendar PPE

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN (PPE) AL VHB

Serología VHB de la fuente de exposición	No vacunado del VHB	Vacunación incompleta del VHB	Vacunación completa del VHB
Fuente de HBsAg positivo o desconocido	Administrar 1 dosis de IGb1 + Serie completa de vacunación	Completar vacunación del VHB, según corresponda	Determinar anti-HBs Respuesta adecuada: anti-HBs ≥ 10 IU/ml Respuesta inadecuada: anti-HBs < 10 IU/ml
Fuente de HBsAg negativo	Serie completa de vacunación	Completar vacunación del VHB, según corresponda	Con 2 series completas de vacuna VHB Con 3 series completas de vacuna VHB

ABORDAJE PSICOLÓGICO

Es importante que el clínico valore en la visita de prescripción de la PPE la necesidad de apoyo psicológico. Los niveles de angustia o ansiedad elevados reducen la transmisión de la información, haciendo que resulte inútil por falta de comprensión de las instrucciones a seguir por parte del paciente, dando como resultado una adherencia no adecuada. Aunque no lo es habitual, si la ansiedad o angustia es muy elevada, puede interferir en sus actividades laborales y será necesario la derivación a especialistas en salud mental.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado para la PPE ocupacional y para la extracción sanguínea del paciente fuente y del trabajador expuesto, en caso de accidente biológico en personal sanitario, se puede realizar de forma verbal y reflejarlo en la historia clínica o por escrito, según las preferencias de cada centro.

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

- PUNTOS DE INTERÉS ESPECIAL:**
- La situación más habitual es, con gran diferencia, el pinchazo accidental con aguja de origen desconocido, sin sangre visible. En estos casos no hay que hacer profilaxis antirretroviral.
 - Si un niño VIH negativo muerde a una persona VIH (+) o es mordido por una persona VIH (+) con pérdida de la integridad de la piel, debe recibir PPE frente a VIH. **Recomendación fuerte, baja calidad de la evidencia.**
 - En caso de no disponer de capacidad necesaria para una atención correcta del niño o adolescente, remitirlo al centro médico que disponga de la misma para evaluación y atención integral.



DOSIS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES DE USO PEDIÁTRICO

FÁRMACO	DOSIS ORAL	TOXICIDAD
ANÁLOGOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA		
Zidovudina (ZDV, AZT)	Dosis en niños: 120 mg/cada 6 horas a 4 mg/kg/12 h Dosis adolescentes: 180 mg cada 12 horas Cápsulas: 180 mg, 250 mg	Más frecuentes: Toxicidad hematológica. Incluye granulocitopenia y anemia, dolor de cabeza. No frecuentes: miopata, mielitis, toxicidad hepática
Emtricitabina (FTC)	Dosis en niños: 6 mg/kg/24 horas Presentación: Suspensión: 10 mg/ml Cápsulas 200 mg	Más frecuentes: Intolerancia digestiva Cefalea, anemia, neutropenia Menos frecuentes: Pancreatitis, rash Hiperpigmentación de palmas y plantas, sobre todo en raza negra
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	Dosis en niños: 120-300 mg/cada 12 horas Solución oral: 1 ml 80 mg de lopinavir y 20 mg ritonavir Comprimidos recubiertos: 200 mg de lopinavir y 30 mg ritonavir 100 mg de lopinavir y 25 mg de ritonavir	Más frecuentes: Nauseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, dolor abdominal, astenia Menos frecuentes: Parestesias periféricas, aumento de transaminasas Aumento de colesterol y triglicéridos. Sangrado en hemofílicos Tener en cuenta que la solución de LPV contiene alcohol

Se recomienda que formen parte del botiquín de PPE en las urgencias hospitalarias donde se atienden niños.

CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO

	Basal	Según síntomas	Semana			
			2	4-6	12	24*
Serología VIH	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Análisis general	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CD4 de VIH	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Serología VHB	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Serología VHC	✓	✓	✓	✓	✓	✓
VHC RNA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Desprege ITS	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Embarazo	✓	✓	✓	✓	✓	✓

*Primer día de inicio de la administración de la dosis de seguimiento para el seguimiento post-exposición a la infección por VIH. El seguimiento post-exposición a la infección por VIH se realiza a las 4, 6, 12 y 24 semanas.

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN (PPE) AL VHB*

Serología VHB de la fuente de exposición	No vacunado del VHB	Vacunación incompleta del VHB	Vacunación completa del VHB
Fuente de HBsAg positivo	Administrar 1 dosis de IGHB + Serie completa de vacunación	Completar vacunación del VHB, según corresponda	Respuesta adecuada: anti-HBs > 10 mIU/ml Con 2 series (completa de vacuna VHB) Protección: No precisa PPE
Fuente de HBsAg negativo	Serie completa de vacunación	Completar vacunación del VHB, según corresponda	Respuesta inadecuada: anti-HBs < 10 mIU/ml Con 3 series (completa de vacuna VHB) Administrar 2 dosis de IGHB + Completar respuesta serie de vacunación del VHB Protección: No precisa intervención

En el caso del VHC no existe una PPE eficaz, por lo que debe asegurarse un diagnóstico precoz de una posible infección aguda en la persona expuesta, para poderla tratar cuanto antes.

SITUACIÓN ESPECIAL: AGRESIONES SEXUALES

Estos casos, entrañan un mayor riesgo de transmisión viral en niños debido a mayor vulnerabilidad anatómica a los traumatismos, una mucosa vaginal y anal más fina, ectopia cervical, etc. Ante toda penetración confirmada, tanto en niños como en adolescentes, está indicado PPE frente al VIH, junto con una pauta de tratamiento antibiótico empírico en dosis única para evitar otras ITS.

ABORDAJE PSICOLÓGICO

El clínico valorará la necesidad de derivar al equipo de salud mental que corresponda en función de la ansiedad o preocupaciones que presente la familia, el niño o el adolescente. En caso de agresión sexual demostrada, la derivación para intervención psicológica por profesionales especializados será indispensable. En el adolescente, es importante que el clínico utilice un lenguaje y estilo cercano con el fin de crear un clima de confianza, que permita obtener informaciones veraces. Puede darse el caso que tras una agresión sexual se camufle una relación sexual consentida, no advertida ante la familia. Será fundamental disponer del consentimiento de los padres para facilitar una entrevista a solas con el adolescente. Si es el caso, se derivará a un centro de planificación familiar para reforzar aspectos educativos preventivos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado para la PPE en niños y adolescentes y para la extracción sanguínea de la persona fuente, se puede realizar de forma verbal y reflejando en la historia clínica o por escrito, según las preferencias de cada centro. En el caso de los menores, este consentimiento será por parte de sus padres o tutores legales.

Fuente: Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no-ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Marzo 2015)
http://www.mscbs.gub.es/contenidos/ent/estudios/ent/transmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios_PPE_23Marzo2015.pdf