

Plan Estratégico
de Prevención y
Control de la infección
por el VIH y otras
infecciones
de transmisión sexual
2013-2016

Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 Madrid

NIPO: 680-15-026-X

Imprime: ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.

Pol. Ind. Los Huertecillos, nave 13 - 28350 CIEMPOZUELOS (Madrid)
<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Plan Estratégico
de Prevención y
Control de la infección
por el VIH y otras
infecciones
de transmisión sexual
2013-2016



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Directora General

Mercedes Vinuesa Sebastián

GRUPO REDACTOR y COORDINACIÓN TÉCNICA

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Plan Nacional sobre el Sida

Subdirectora General de Promoción de la Salud y Epidemiología

Elena Andradas Aragón

Subdirectora General Adjunta de Promoción de la Salud y Epidemiología

Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar

Jefe de Área de Prevención y Coordinación Multisectorial y Autonómica

Olivia Castillo Soria

Jefe de Área Asistencial y de Investigación

Rosa Polo Rodríguez

Jefe de Área de Epidemiología y Conductas de Riesgo

Mercedes Díez Ruiz-Navarro

Jefe de Sección de Apoyo Técnico

María del Mar Andreu Román

Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología

Investigadora Titular

Asunción Díaz Franco

Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología

Jefe de Sección

Jesús Oliva Domínguez

Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología

Jefe de Sección

Ana María Cornejo Gutiérrez

Apoyo Administrativo

Magdalena Holgado Pérez

Sonia Velasco Tarrero

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Dirección General para la Igualdad de Oportunidades

Subdirector General Adjunto para la Igualdad de Trato y la No Discriminación

Javier Fernández González

Ministerio del Interior

Subdirección General de Coordinación de la Sanidad Penitenciaria

Jefe de Área de Salud Pública

Enrique Acín García

Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Subdirectora General Adjunta de Integración de los Inmigrantes

Elena Alonso Ventura

GRUPO REVISOR

Comunidades Autónomas

Junta de Andalucía

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

Fernando Lozano de León-Naranjo

Gobierno de Aragón

Coordinador del Plan Autonómico de Sida

Javier Toledo Pallarés

Gobierno de Asturias

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

María del Rosario Hernández Alba

Gobierno de las Islas Baleares

Coordinadora Autonómica de Sida

Rosa Aranguren Balerdi

Gobierno de Canarias

Jefe del Servicio de Prevención del Sida

Domingo Núñez Gallo

Gobierno de Cantabria

Jefe de Sección de Vigilancia Epidemiológica

Luis Javier Viloria Raymundo

Junta de Castilla-La Mancha
Coordinador del Plan del Sida
Gonzalo Gutiérrez Ávila

Junta de Castilla y León
Jefe de Sección de Vigilancia Epidemiológica
María del Henar Marcos Rodríguez

Generalidad de Cataluña
Director del Programa para la Prevención y Asistencia del Sida
Albert Giménez I Massat

Gobierno de Extremadura
Directora General de Salud Pública
Mercedes García Alonso

Junta de Galicia
Jefe del Servicio de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles
José Antonio Taboada Rodríguez

Comunidad de Madrid
Jefa de Área de Promoción de la Salud y Prevención
Susana Granado de la Orden

Región de Murcia
Coordinador Regional de Sida
Francisco Pérez Riquelme

Gobierno de Navarra
Coordinador del Programa de Prevención y Control de Sida en Navarra
Lázaro Elizalde Soto

Gobierno de la Rioja
Jefe de Sección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades Transmisibles
Eva Martínez Ochoa

Gobierno Vasco
Coordinador del Plan de Prevención y Control del Sida
Daniel Zulaika Aristi

Comunidad Valenciana
Jefe del Servicio de Planes, Programas y Estrategias de Salud
Valentín Esteban Buedo

Ciudad Autónoma de Ceuta
Responsable del Plan sobre el Sida
Cleopatra R'kaina Liesfi

Ciudad Autónoma de Melilla
Médico de Salud Pública
Daniel Castrillejo Pérez

Sociedades Científicas y grupos de estudio

Grupo de Estudio del Sida SEIMC–GESIDA
Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)
Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida de España (SESIDA)
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)
Grupo de Estudio sobre Alteraciones Metabólicas y Comorbilidades (GEAM)

Miembros de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación
Subdirección General de Calidad y Cohesión
Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Dirección General de Cartera de Servicios del SNS y Farmacia
Subdirección General de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión
Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios

Dirección General para la Familia y la Infancia
Subdirección General de ONGs y Voluntariado

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad
Instituto de la Juventud
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Ministerio de Defensa

Ministerio del Interior

Ministerio de Justicia

Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Ministerio de Educación

Federación Española de Municipios y Provincias.

Consejo General de Colegios de Médicos de España

Consejo General de Colegios de Farmacéuticos

Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos

Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería.

Agradecimientos

Agradecemos al personal del Plan Nacional sobre el Sida su colaboración en la elaboración de éste documento: Esperanza Olave García, Carolina González López, Pilar González Hernández y Emilia Gómez Fidalgo.

Agradecemos las aportaciones recibidas a este Plan Estratégico de las siguientes Organizaciones No Gubernamentales: Cáritas, Coordinadora Estatal de VIH-Sida (CESIDA), Cruz Roja, Federación Estatal de Asociaciones de personas afectadas por las drogas y/o el VIH (FAUDAS), Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB), Federación Trabajando en Positivo, Fundación Triángulo, Médicos del Mundo y RedVIH.

El Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por el VIH y otras ITS fue aprobado por la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de SIDA el 19 de Diciembre de 2013.

Prólogo

Durante las últimas tres décadas hemos vivido múltiples cambios en el conocimiento de la infección por el VIH y en el perfil epidemiológico de los pacientes. Gracias a la disponibilidad de fármacos altamente eficaces y al inicio precoz del tratamiento, la supervivencia de los pacientes ha aumentado de forma significativa. La nueva visión de la infección, requiere un cambio en las políticas de prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

El Plan que presentamos, el cuarto publicado en España, da continuidad a las estrategias fijadas por los planes anteriores frente al VIH: un primer Plan de Movilización Multisectorial para el período 1997-2000, al que siguieron dos planes más, el Plan Multisectorial 2001-2005 y el Plan Multisectorial 2008-2012. Estos planes han servido para ofrecer, tanto a los ciudadanos como a los profesionales, información global sobre la evolución de la epidemia y las medidas adoptadas para hacerle frente, y han considerado como principios rectores la multisectorialidad, la evaluación, la calidad y la equidad, valores plenamente vigentes en la actualidad, y que con algunos matices se han incorporado a este nuevo Plan Estratégico.

Una vez evaluado el Plan Multisectorial 2008-2012, identificando los puntos críticos y proponiendo oportunidades de mejora, este nuevo Plan Estratégico que presentamos, se basa en el mejor conocimiento científico, en las buenas prácticas y en la innovación de los procedimientos, acorde con las necesidades de los grupos de mayor riesgo de exposición, estableciendo líneas estratégicas fundamentales para el trabajo en VIH y otras ITS en España durante los próximos cuatro años, y por lo tanto representa el núcleo común de actuación y la referencia para todas las organizaciones que trabajan en la respuesta a la epidemia.

El Plan actual incorpora una serie de novedades importantes en cuanto a contenido y estructura, tales como la inclusión de otras infecciones de transmisión sexual, el enfoque por objetivos y por ejes de intervención, el refuerzo de la prevención en los grupos de población especialmente sensibles, incorporando el uso de las TICs, el apoyo a la información voluntaria a la pareja sexual y el diagnóstico y tratamiento precoz como elementos claves en la prevención.

La calidad de la atención del paciente con VIH y/o ITS no solo depende de la cantidad de recursos, sino, sobre todo, de cómo se emplean éstos, de cómo se organiza y dirige el sistema sanitario, de cómo se forma a los profesionales y de la motivación y apoyo de los grupos sociales implicados. Se requiere una mayor coordinación entre el ámbito sanitario y otros sectores de nuestra sociedad implicados en el bienestar del paciente.

Vivimos en una época con muchas posibilidades a nuestro alcance. Actualmente tenemos en nuestras manos recursos y capacidades que hace unos años se antojaban inalcanzables. Gestionar eficientemente los recursos disponibles es un reto que planteamos en este nuevo Plan Estratégico que representa el trabajo conjunto de todos los actores implicados directa o indirectamente en la atención a las personas con infección por el VIH y/o con ITS, con el objeto de reforzar el compromiso que siempre hemos tenido con los pacientes.

Mercedes Vinuesa Sebastián
Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Índice

1. Introducción	15
2. Análisis de la situación	23
2.1. Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH y del sida	23
2.2. Vigilancia epidemiológica de otras ITS	36
2.3. Repercusión económica del tratamiento antirretroviral	38
3. Misión, visión y objetivos	43
4. Principios rectores	45
5. Metodología	49
5.1. Ejes de Intervención	49
5.2. Participantes	51
5.3. Plan de Trabajo	51
6. Líneas estratégicas y objetivos específicos	53
Objetivo 1: Favorecer la Coordinación nacional e internacional	54
1. Coordinación Nacional	56
1.1. CCAA	56
1.2. Otras Administraciones e Instituciones	56
1.3. Profesionales sanitarios y Sociedades Científicas	57
1.4. ONGs	58
2. Coordinación Internacional	59
2.1. ONUSIDA	60
2.2. Fondo Mundial contra el VIH, Tuberculosis y Malaria	62
2.3. OMS	63
2.4. OPS	65
2.5. OIT	66
2.6. Unión Europea	68
2.7. Foro sociedad civil	71
2.8. Programa ESTHER	71
Objetivo 2: Adaptar los sistemas de información a las necesidades en la respuesta a la epidemia de VIH y otras ITS	75

Objetivo 3:	Incrementar los conocimientos frente a la infección por VIH y otras ITS	86
Objetivo 4:	Disminuir la incidencia de la infección por VIH y otras ITS	93
Objetivo 5:	Promover el diagnóstico precoz de la infección por VIH y otras ITS	114
Objetivo 6:	Prevenir la limitación de la capacidad funcional y de la comorbilidad en las personas con infección por VIH y otras ITS	125
Objetivo 7:	Mejorar el acceso al tratamiento precoz de las personas con infección por VIH y otras ITS	134
Objetivo 8:	Garantizar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad asistencial entre niveles asistenciales	140
Objetivo 9:	Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH e ITS	145
Objetivo 10:	Garantizar la igualdad en el acceso a la prevención y a la atención socio-sanitaria de las personas con VIH e ITS	151
7.	Recomendaciones por objetivos	155
8.	Evaluación: indicadores	167
9.	Glosario de términos y abreviaturas	169
10.	Listado de figuras y tablas	171
11.	Anexos	173
	Anexo I: Agentes causales de las ITS	173
	Anexo II: Incidencia de VIH por modo de transmisión: Región Europea de la OMS, 2012.	174
	Anexo III: Estudio de contactos en ITS	176
	Anexo IV: Información contenida en la historia clínica para evaluar la presencia de ITS	177

1. Introducción

Desde 1981, año en el que se describieron los primeros casos de Sida en California y Nueva York, la comunidad internacional ha sido consciente de que la epidemia por VIH supone una emergencia global de salud pública. Para hacer frente a este grave problema se han tomado las medidas oportunas, adaptadas en cada momento a la situación epidemiológica de los diferentes países.

Durante más de treinta años la lucha contra el VIH/Sida ha sido una prioridad política internacional. En el año 2001 se firmó la Declaración sobre VIH/Sida en una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA), y desde entonces se han ido sucediendo diferentes acciones, con resultados que han llevado a pensar que era posible cambiar el curso de la epidemia. Gracias a los compromisos políticos y económicos, los progresos obtenidos en prevención, tratamiento y apoyo a los afectados durante los últimos diez años, han sido extraordinarios, lo que se ha visto reflejado en una disminución de las cifras de incidencia y prevalencia, y de mortalidad asociada a la infección por VIH y al Sida.

Según datos de ONUSIDA publicados en el año 2013, alrededor de 35,3 millones (32,2 - 38,8 millones) de personas tenían infección con el VIH en el año 2012. Se notificó un total de 2,3 millones (1,9 - 2,7 millones) de nuevas infecciones por el VIH, habiendo disminuido esta cifra en un 33% desde 2001, siendo este descenso más acentuado en el caso de los niños. En el periodo 2001-2012, el número de niños que se infectaron por el VIH cayó en un 52%, pasando de 550.000 (500.000 - 620.000) en 2001 a 260.000 (230.000 - 320.000) en 2012.

En cuanto a la mortalidad el número de personas fallecidas al año por causas relacionadas con el Sida descendió de 2,3 millones (2,1 - 2,6 millones) en 2005 a 1,6 millones (1,4 - 1,9 millones) en 2012.

Aunque los logros obtenidos han sido notables, no se consideran suficientes, especialmente entre los grupos más vulnerables, y la Declaración Política sobre VIH/Sida adoptada en junio de 2011 por la Asamblea General de las Naciones Unidas fijó metas más ambiciosas, relacionadas con algunos de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio, cuya evaluación final se llevará a cabo en 2015.

A raíz de la Declaración de ONUSIDA la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO en sus siglas en inglés) presentó la «*WHO Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS*» para 2011-2015 (1), que propone lograr el acceso universal a las intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para todas aque-

llas personas que lo precisen. Esta estrategia está en consonancia con la desplegada por ONUSIDA (2), que con el lema «Llegar a Cero» plantea una visión revolucionaria: Llegar a cero nuevas infecciones, a cero muertes relacionadas con el Sida, y a cero discriminación, apoyándose en las siguientes direcciones estratégicas: Revolucionar la prevención del VIH, impulsar la próxima fase de tratamiento, atención y apoyo, y fomentar el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH.

A lo largo del tiempo y con objetivos parecidos han ido sucediéndose diferentes intervenciones también en Europa, como la Declaración de Dublín de 2004 sobre Cooperación para luchar contra el VIH/Sida en Europa y Asia Central «Rompiendo Barreras»(3), la Comunicación de la Comisión «Combatiendo el VIH/Sida en la Unión Europea y sus países vecinos, 2009-2013» (4), y su Plan de Acción, que planteaban como objetivos reducir las nuevas infecciones en todos los países europeos, trabajar para asegurar el acceso a la prevención, al tratamiento, al cuidado y al apoyo, y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH, especialmente en los grupos con mayor vulnerabilidad. Un aspecto que resulta imprescindible resaltar, es el del compromiso para promover los derechos humanos y contra el estigma y la discriminación de las personas infectadas, recogido en la Comunicación de la Comisión y el Plan de Acción acompañante, y que ha sido tratado ampliamente en una Conferencia de alto nivel sobre VIH y derechos humanos celebrada en Bruselas en mayo de 2013 (5).

La importancia de las ITS ha sido reconocida en la «Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006–2015» de la OMS (6). Según las últimas estimaciones realizadas por la OMS, en 2008 se notificaron 499 millones de casos nuevos de infecciones por *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis* en personas de 15 a 49 años (7). También, se notifican anualmente millones de ITS producidas por virus distintos al VIH, como el de la hepatitis B (VHB), el del papiloma humano (VPH) y el del herpes simple (VHS).

La carga sanitaria y socioeconómica que generan estas infecciones en todo el mundo es enorme, no solo en los países en desarrollo, sino también en los países de mayor nivel económico, en los que se prevé que la carga de morbilidad aumentará como consecuencia de la prevalencia de algunas infecciones víricas, de los cambios en la conducta sexual y del aumento de los viajes (6).

Estos datos hacen que el control de las ITS sea una prioridad para la OMS, que a través de la citada Estrategia, pretende implicar a los diferentes países para que controlen la transmisión de estas infecciones, recomendando una serie de intervenciones.

A este respecto, en 2010 se celebró en Eslovenia una consulta técnica, «*Scaling up STI prevention and control in the WHO European Region*», uno de cuyos objetivos más importantes era desarrollar una Red Regional, que permitiera implementar la Estrategia 2006-2015 en la Región Europea de la OMS, y de la cual surgieron diferentes propuestas, entre las que se puede destacar la urgencia de optimizar la prevención de las ITS en las poblaciones más vulnerables a las mismas (8).

En Europa, tras un período de disminución de la incidencia de las ITS a finales de los años 80, se produjo un aumento de los casos de algunas de ellas, lo que las ha convertido en un grave problema de salud pública. Ejemplo de ello son los brotes de sífilis y linfogranuloma venéreo (LGV) en HSH, algunos de ellos coinfectados por VIH, detectados en algunos países europeos, entre ellos España; el aumento de los casos de sífilis y gonococia, tras aproximadamente una década de tasas descendentes, como recoge el informe epidemiológico anual del ECDC de 2013 (9), y el incremento de la resistencia a algunos antibióticos en *N. gonorrhoeae* durante los últimos años. Actualmente, aunque existen diferencias en la vigilancia epidemiológica dependiendo del país, la infección por *Chlamydia trachomatis* es la ITS notificada con mayor frecuencia en Europa. (10).

Las actividades de prevención resultan imprescindibles para controlar la aparición de nuevos casos de VIH y de otras ITS, y para ponerlas en marcha hay que contar con fuentes de información que aporten datos sobre cómo se distribuyen y comportan estas infecciones.

La relevancia de contar con unos buenos sistemas de vigilancia y control de otras ITS, además del VIH, se ha puesto de manifiesto en los cambios que se vienen realizando para mejorarlos, tanto en Europa como en España.

Así, el ECDC cuenta desde el año 2006 con un «*Programa específico para VIH, ITS y hepatitis virales*» (11), y mediante el desarrollo de estrategias plurianuales, intenta desempeñar un papel clave en la prevención y control de estas enfermedades. En 2012 publicó un plan de control para Europa de la gonococia resistente (12).

En España en 2013 se acordó la actualización de los protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) además de la incorporación de algunas enfermedades, entre ellas algunas ITS no incluidas previamente, como las infecciones producidas por *Chlamydia trachomatis* (13).

Estos cambios van a permitir mejorar la caracterización del comportamiento de las ITS en la población y como consecuencia de ello orientar de una forma más adecuada las medidas de prevención y control de estas enfermedades.

La actual situación epidemiológica de la infección por VIH y otras ITS en nuestro país, su importancia como problema de salud pública, especialmente en el caso del VIH, puesto que se trata de una enfermedad de curso crónico, grave y compleja, su repercusión económica, y el impacto social de las mismas, han hecho necesario plantearse la elaboración de un nuevo Plan Estratégico de prevención y control de la infección por VIH, y otras ITS para el periodo 2013-2016, enmarcado en los compromisos internacionales.

Este nuevo Plan, el cuarto publicado en España, da continuidad a las estrategias fijadas por los planes anteriores frente al VIH-Sida: un primer Plan de movilización Multisectorial para el período 1997-2000, al que siguieron dos planes más, el Plan Multisectorial 2001-2005 y el Plan Multisectorial 2008-2012. Estos planes han servido para ofrecer, tanto a los ciudadanos como a los profesionales, información global sobre la evolución de la epidemia y las medidas adoptadas para hacerle frente, y han considerado como principios rectores la multisectorialidad, la evaluación, la calidad y la equidad, valores plenamente vigentes en la actualidad, y que con algunos matices se han incorporado a este nuevo Plan Estratégico.

La evaluación del último Plan, el correspondiente al período 2008-2012, ha mostrado resultados positivos en lo referente a prevención, información, diagnóstico y actitud hacia las personas con VIH: el desarrollo de programas preventivos en todas las CCAA, el aumento de las consultas informativas a través de distintos medios, especialmente entre los jóvenes, el incremento de las pruebas diagnósticas realizadas y la menor discriminación de los pacientes con VIH (14). Además con la respuesta eficaz a los tratamientos se objetiva una mejora evidente en la esperanza y calidad de vida de los pacientes.

Sin embargo, en el mismo análisis se han encontrado algunos puntos críticos que se deben mejorar, como el aumento del riesgo de exposición relacionado con los patrones de conducta sexual entre los jóvenes y los HSH, la baja percepción del riesgo, la proporción elevada de diagnósticos tardíos e infecciones ocultas, la incidencia creciente de otras ITS, y la falta de normalización de los sistemas de información de asistencia y prevención.

Obtener el afianzamiento y progreso de los logros obtenidos y la corrección de las deficiencias detectadas, siempre consideradas como oportunidades de mejora, son retos que contempla el nuevo Plan, que cuenta para conseguirlos con la labor de liderazgo y coordinación ejercida desde el Plan Nacional del Sida, y con la colaboración y compromiso de todas las partes implicadas en la respuesta al VIH, tanto de las CCAA, como de las ONGs y de las sociedades científicas.

Este Plan Estratégico de Prevención y Control de VIH e ITS 2013-2016, basado en el mejor conocimiento científico, en las buenas prácticas y en la innovación de los procedimientos, en sintonía con las necesidades

de los grupos de mayor riesgo de exposición, establece las líneas estratégicas fundamentales para el trabajo en VIH y otras ITS en España durante los próximos cuatro años, y por lo tanto representa el núcleo común de actuación y la referencia para todas las organizaciones que trabajan en la respuesta a la epidemia.

El Plan actual incorpora una serie de novedades importantes en cuanto a contenido y estructura, que cabe destacar y que se exponen a continuación:

Inclusión de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Existen múltiples razones para incluir otras ITS (Anexo I) en el nuevo Plan Estratégico:

- El número de nuevos diagnósticos de otras ITS sigue aumentando, especialmente de sífilis y gonococia (9).
- Las ITS son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo entre la mujeres. Entre el 10% y el 40% de las mujeres con clamidiasis no tratada acaban presentando enfermedad inflamatoria pélvica sintomática, siendo las lesiones tubáricas posteriores responsables de infertilidad (6).
- Las ITS no tratadas están asociada a infecciones congénitas y perinatales en el recién nacido. En ausencia de profilaxis, del 30%-50% de los niños nacidos de madres con gonococia no tratada y hasta el 30% de los niños nacidos de madres con clamidiasis no tratada presentarán conjuntivitis neonatal, que puede acabar en ceguera (6).
- La vía sexual es una de las principales formas de transmisión del virus de la hepatitis B (VHB), siendo éste el principal mecanismo en las zonas con baja prevalencia (15). Con respecto al virus de la hepatitis C (VHC) la vía sexual parece menos eficiente, produciéndose la transmisión en menos del 2% de los casos y siendo el riesgo diferente según el tipo de relación sexual (15,16).
- Por otro lado, datos de vigilancia indican que entre el 15-20% de las personas con infección aguda por VHC tienen antecedentes de exposición sexual en ausencia de otros factores de riesgo (17). Algunos estudios recogen además cómo la coinfección con el VIH parece aumentar la tasa de transmisión del VHC por contacto sexual (18).
- Las ITS aumentan la susceptibilidad al VIH y la capacidad de transmisión de las personas con infección por el VIH, y la coinfección puede complicar los tratamientos específicos de cada enfermedad (15). Nuevas investigaciones indican que existe una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras

ITS. Esa interacción podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión de VIH. Se ha estimado que las úlceras genitales o los antecedentes de ese tipo de enfermedades aumentan de 50 a 300 veces el riesgo de transmisión del VIH en cada relación sexual sin protección (6).

- A través del sistema de información de los Centros de ITS se ha podido comprobar como la coinfección VIH-ITS es elevada y que a partir del diagnóstico de ITS se diagnostican nuevas infecciones de VIH.
- Mejorar la gestión de los casos de ITS es una de las intervenciones que, como se ha demostrado científicamente, reducen la incidencia de la infección por VIH en la población general (6).
- Es necesario crear sinergias: los mensajes de prevención del VIH son similares a los que se refieren a otras ITS. Por ello se hace necesario ampliar las estructuras previamente existentes para el VIH a la prevención de otras ITS (19).
- La inclusión de las ITS en el Plan de VIH coincide con lo realizado por algunos países de nuestro entorno como Suiza, Reino Unido, Francia, Suecia y Noruega, que cuentan ya con estrategias combinadas que incluyen ITS, y por algunos organismos internacionales como la OMS y el ECDC (6, 10). A nivel nacional también existen Planes estratégicos autonómicos que las incluyen.

Enfoque por objetivos y por ejes de intervención: El Plan se ha estructurado según un nuevo modelo, orientado a objetivos y no solo a colectivos vulnerables, como en los planes anteriores. Considera objetivos transversales derivados de las líneas estratégicas y los relaciona con tres ejes de intervención: población general, personas con mayor riesgo de infección y personas con infección. Este modelo se describe de forma más detallada en el apartado de Metodología de este documento

Reforzar la prevención en los grupos de población especialmente vulnerables, incorporando el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs): En el Plan se han incluido medidas de prevención y de cambios de conductas, adaptadas a los entornos en los que se encuentran los distintos grupos vulnerables, insistiendo en la prevención en los grupos con mayor riesgo de infección, e incorporando para ello el uso de las TICs. Los avances tecnológicos en los medios digitales, incluyendo ordenadores, telefonía móvil e Internet, especialmente el paso en esta última a la Web 2.0 o Web social, que permite la participación interactiva de los usuarios, ofrecen nuevas oportunidades para actuar, tanto a los afectados, como a los profesionales y voluntarios de las distintas instituciones y organizaciones.

La utilización de programas preventivos y de cuidados en VIH mediante tecnología digital tiene además un gran potencial de coste-efectividad para cubrir las necesidades de las personas con VIH o con riesgo de infectarse.

La utilización de servicios de *e-health* en España es una de las más altas de Europa, lo que podría reflejar como una buena parte de los ciudadanos ha comprendido la utilidad del uso de las TICs en temas de salud. Esta situación debería llevar a potenciar el acceso de la población a estas tecnologías, lo que a su vez permitiría aprovechar el posible ahorro en costes sanitarios obtenido por el uso de las TICs (20).

Apoyo a la información voluntaria a la pareja sexual: Al realizar el diagnóstico de una infección por VIH y/o ITS se anima y asesora a cada persona infectada para informar a su(s) pareja(s) sexual(es), incluso de forma anónima si fuera más conveniente. La pareja recibiría el consejo y la atención médica necesaria para descartar o confirmar una infección en su caso, y tomar las correspondientes medidas preventivas o de tratamiento. Se fomenta así la responsabilidad y el empoderamiento del paciente.

Diagnóstico y tratamiento precoz como elementos claves en la prevención: Según las recomendaciones de las Guías, tanto nacionales como internacionales, cuanto más precoz sea el diagnóstico tras la infección y más rápidamente se instaure el tratamiento del VIH y otras ITS, más se reduce el riesgo de transmisión de la infección. Además el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado reducen la comorbilidad y el deterioro de la salud a largo plazo de los afectados. Esto es especialmente importante en las personas con infección por el VIH, a quienes también debe ofrecérseles una atención integral para mejorar y mantener su calidad de vida. Por tanto, sería deseable que el seguimiento de estas personas se inicie lo antes posible, además de implicarles en la adherencia al tratamiento. En el caso de las ITS, los responsables del tratamiento deberían comprobar los resultados una vez completado el mismo.

Bibliografía

1. WHO 2011. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015.
2. ONUSIDA 2010. Llegar a Cero: Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (ONUSIDA) para 2011-2015.
3. 2004. Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia.
4. Commission of the European Communities 2009. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee

- and the Committee of the Regions. Combating HIV/AIDS in the European Union and Neighbouring Countries, 2009-2013.
5. Brussels, 27-28 May 2013. «Right to health, right to life». High Level Meeting on HIV and Human Rights in the European Union and its Neighbouring Countries.
 6. OMS 2007. «Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006–2015: romper la cadena de transmisión».
 7. WHO. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. Geneva, 2012.
 8. WHO 2011. Ljubljana, Slovenia 2-4 August 2010. Technical Consultation. «Scaling up STI prevention and control in the WHO European Region».
 9. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2013. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2013.
 10. European Centre for Disease Prevention and Control. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2013.
 11. ECDC Programme for HIV, Sexually Transmitted Infections and viral Hepatitis. Disponible en http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/hash/Pages/about_programme.aspx. Consultado el 06/02/2014.
 12. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2011 Stockholm; 2013.
 13. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicioscientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/protocolos.shtml>.
 14. MSSSI. Informe de Evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012.
 15. Aguilera A *et al.* Diagnóstico microbiológico de las hepatitis víricas. 50. Alonso Fernández R. (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R. (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2014.
 16. Terrault NA. Sexual Activity as a Risk Factor for Hepatitis C. HEPATOLOGY 2002;36: S99-S105.)
 17. CDC Hepatitis Information for Health Profesionals <http://www.cdc.gov/hepatitis/HCV/index.htm>. (Consultado el 09/10/14).
 18. Tohme R A, Holmber S D. Is Sexual Contact a Major Mode of Hepatitis C Virus Transmission? Hepatology 2010; 52:1497-1505.
 19. Confédération suisse. Office federal de la Santé publique 2010. Programme national. VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI). 2011-2017.
 20. Fundación Orange 2013. España Informe anual 2013 sobre el desarrollo de la sociedad de la información en España.

2. Análisis de la situación

2.1. Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH y del SIDA

La historia natural de la infección por VIH se caracteriza por la ocurrencia de eventos biológicos cuya dinámica determina el curso de la epidemia: la infección por VIH, el diagnóstico de esta, el desarrollo de sida y la muerte por esta causa. Sin embargo, la expansión del tratamiento antirretroviral (TAR) desde 1996 ha modificado la historia natural ya que, al aumentar espectacularmente la esperanza y la calidad de vida de los pacientes, se generan dinámicas que afectan a la transmisión del virus.

El sistema de vigilancia epidemiológica del VIH en España tiene por objeto recoger información sobre la ocurrencia de los eventos biológicos señalados previamente, conocer el tamaño y la frecuencia de conductas de riesgo de los colectivos más vulnerables y monitorizar la situación de las personas con infección por VIH, incluyendo su acceso al tratamiento y la efectividad de este. Para ello, existen distintos sistemas de información, que recogen datos complementarios, y que analizados conjuntamente ofrecen la imagen global de la epidemia en nuestro país.

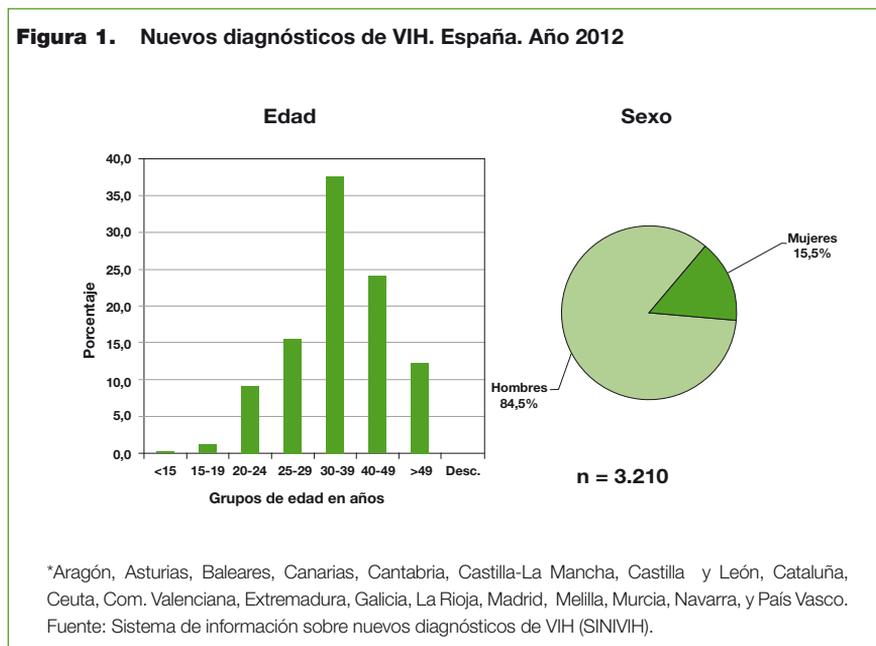
A continuación se presenta la información más relevante generada por estos sistemas.

2.1.1. Nuevos diagnósticos de VIH

El análisis de los datos disponibles sobre nuevos diagnósticos de VIH en algunas Comunidades Autónomas (CCAA) desde la década de 1980 sugiere que el pico de incidencia de nuevos diagnósticos se produjo al finalizar esa década, iniciándose el descenso en la siguiente, sobre todo a expensas de los nuevos diagnósticos en usuarios de drogas inyectadas (UDI).

En 2012, la cobertura del *Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de Infección por VIH* (SINIVIH) fue del 82% del total de la población española, correspondiente a 16 CCAA y las dos ciudades autónomas. En el conjunto de estas CCAA se notificaron 3.210 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 8,5 nuevos diagnósticos de VIH/100.000 habitantes, similar a la de otros países de Europa Occidental pero superior a la tasa media del conjunto de países de la Unión Europea (Anexo II). La mayoría

fueron hombres (85%) y la mediana de edad al diagnóstico fue de 36 años (Rango: 29-44), sin diferencias por sexo (Figura 1).

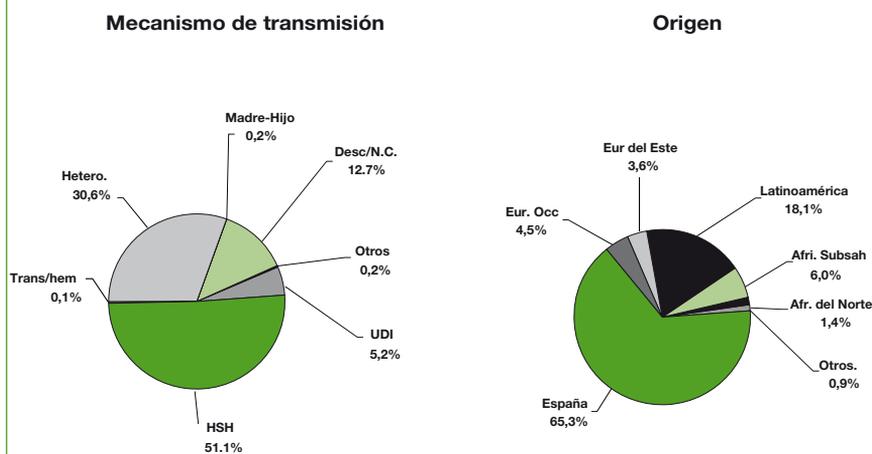


La vía más común de infección fue la transmisión entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (51%), seguida del contacto heterosexual (31%) y de la transmisión parenteral entre usuarios de drogas inyectadas (UDI) (5%); en conjunto, la transmisión sexual estuvo presente en el 82% de los casos (Figura 2). Desglosando por sexo, en los hombres la transmisión entre HSH fue mayoritaria (61%), mientras que en las mujeres lo fue la heterosexual (85%).

En la primera época de la epidemia española y hasta la introducción del TAR, la transmisión madre-hijo fue muy frecuente en España. Afortunadamente esto ya no es así, y en la actualidad este tipo de transmisión es residual, aunque obviamente el objetivo debe ser su eliminación total en todo nacimiento ocurrido en España.

El 35% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2012 se realizó en personas nacidas fuera de España, siendo las regiones de origen más frecuentes, Latinoamérica (18%), África subsahariana (6%) y Europa Occidental (4,5%) (Figura 2).

Figura 2. Nuevos diagnósticos de VIH. España. Año 2012



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

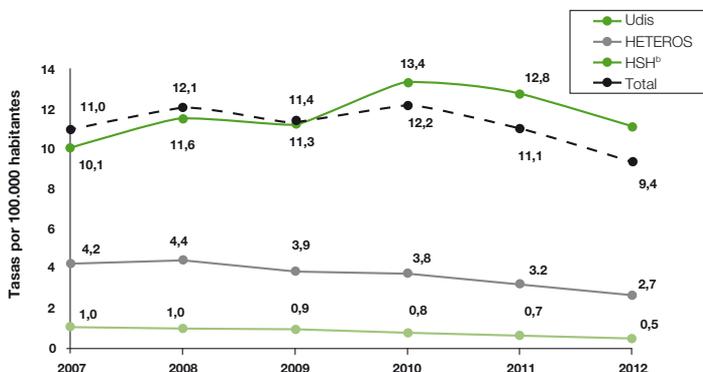
La proporción de nuevos diagnósticos de VIH en extranjeros creció notablemente en la primera mitad de los años 2000, aunque el pico pudo haberse alcanzado en 2008 con un 41,4%; el número absoluto de casos ha variado menos: 1.050 en 2007, 1.067 en 2011 y 843 en 2012.

Desagregando por origen y forma de transmisión, se aprecia que entre los españoles los casos en HSH son los más frecuentes desde 2005, y también entre los extranjeros desde 2010.

Analizando la evolución temporal en las CCAA (Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Galicia, Extremadura, La Rioja, Navarra, Madrid y País Vasco) que enviaron datos regularmente durante 2007-2012, se observa que las tasas de nuevos diagnósticos en UDI descendieron durante dicho periodo, mientras que en heterosexuales se encuentran estabilizadas. Por el contrario, la tendencia es creciente en HSH, aunque las cifras podrían estar estabilizándose en niveles altos.

Como resultado de estas tendencias contradictorias, la incidencia global de nuevos diagnósticos se encuentra bastante estable (Figura 3).

Figura 3. Nuevos diagnósticos de VIH. Tasas por 100.000 habitantes según año de diagnóstico y categoría de transmisión. España Datos sin corregir por retraso en notificación



*11 CCAA: Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra, y País Vasco.

b Tasa por 100.000 hombres.

Fuente: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH).

2.1.2. Nuevos diagnósticos de sida

El sida es el estadio más avanzado de la infección por VIH. En España, desde el inicio de la epidemia hasta el 30 de junio de 2013 se han notificado un total acumulado de 83.171 casos de sida, con un pico de incidencia de 19 casos/100.000 habitantes en 1994. A partir de 1996, al generalizarse el tratamiento antirretroviral (TAR), disminuyó bruscamente la incidencia y, aunque ralentizado, este descenso todavía se mantiene.

En 2012 la tasa de sida en España fue de 1,7 casos/100.000. De los 1.021 casos que se diagnosticaron en este año, la mayoría (77%) eran hombres, y la mediana de edad fue de 43 años (Rango: 35-48), mayor en los hombres que en las mujeres (43 frente a 41 años).

En cuanto a la transmisión, la vía más común fue la sexual; la transmisión por relaciones heterosexuales supuso un 35% (74% en mujeres) de los casos, seguida de la transmisión entre HSH con un 31% y de la transmisión entre UDI con un 24%. Los casos pediátricos supusieron un 0,4%.

Respecto a los casos en extranjeros, la proporción de estos se ha ido incrementando: si en 1997 era menor del 3%, en 2012 supone el 31%, de los que el 46% procedía de Latinoamérica y el 22% de África.

2.1.3. Prevalencia de VIH

La estimación del total de personas con VIH en España se realiza bianualmente, utilizando los programas «Estimation and Projection Package (EPP)» y «Spectrum», desarrollados con este fin por ONUSIDA y la OMS. Para ello, se utiliza información sobre prevalencias de VIH en distintos grupos vulnerables, estimaciones sobre el tamaño de estos grupos y datos sobre expansión del tratamiento antirretroviral. Se estima que en el año 2012, había en España 150.000 (130.000-160.000) personas con VIH (PVIH), lo que representa una prevalencia global en la población adulta española del 0,4%.

La infección por VIH en España no se distribuye por igual en el conjunto de la población por lo que la prevalencia de VIH en distintos grupos es heterogénea.

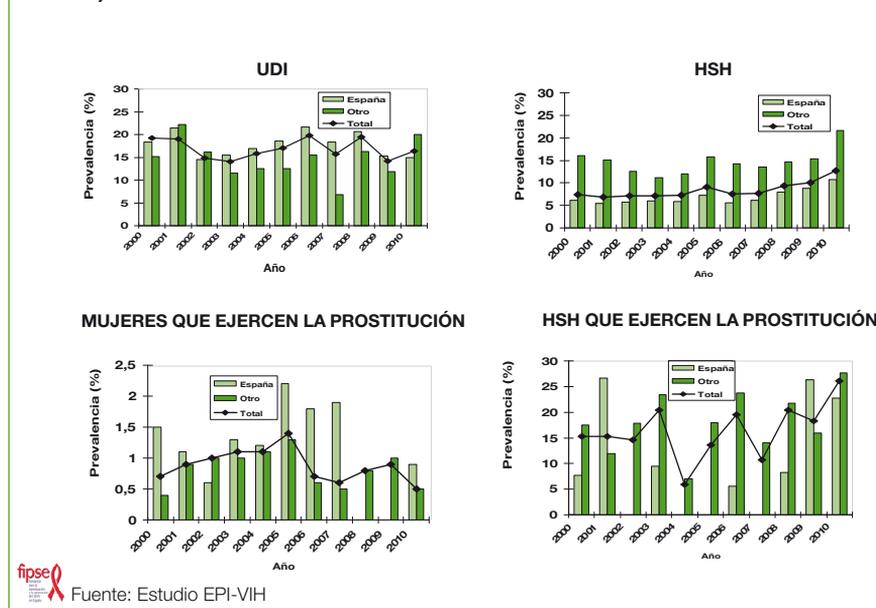
En madres de recién nacidos vivos la prevalencia de VIH se ha monitorizado desde 2003 en 6 CCAA por el método de anónimos no relacionados, ya que se considera que la prevalencia en este grupo de población es un buen estimador de la situación en heterosexuales de bajo riesgo. Durante el periodo 2003-2010, la prevalencia de VIH en el conjunto de madres analizadas se mantuvo por encima de 1‰, y descendió significativamente desde el 1,73‰ en 2003 al 1,24‰ en 2010.

La prevalencia de VIH en personas que se realizan por primera vez el test del VIH en los 20 centros específicos de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) incluidos en la red EPI-VIH y ubicados en las principales ciudades españolas, se analiza desde el año 2000. La prevalencia global de VIH en estos centros descendió de 3,2% en el año 2000 a 2,3%, en 2007, y a partir de 2008 aumentó hasta alcanzar el 3,3% en 2010; durante el periodo 2000-2010 la tendencia no es significativa. La prevalencia más alta se encontró en UDI (rango: 14,1%-19,8%) y en HSH sin otros factores de riesgo (rango: 6,8%-12,7%); las prevalencias en heterosexuales de ambos sexos fueron siempre inferiores al 1,5%, y entre 2000 y 2010 la tendencia fue decreciente. Entre las personas que ejercen la prostitución, en el mismo periodo, la prevalencia en mujeres está estabilizada en torno al 1% (rango: 0,5%-1,4%), mientras que en hombres cuyos clientes son otros hombres los valores fueron muy superiores, con una media del periodo del 16% (rango: 5,9%-26,1%) y en mujeres transexuales la media del periodo alcanzó un 27% (rango: 0,0%-31,6%); hay que señalar que en los dos últimos casos las muestras disponibles para el análisis fueron pequeñas, y por ello las estimaciones son muy inestables.

Analizando la prevalencia por año de diagnóstico, origen y categoría de transmisión, se aprecian cifras más altas en españoles que en extranjeros entre los UDI y las mujeres que ejercen la prostitución (éstas sólo hasta

2008), mientras que ocurre lo contrario en heterosexuales y HSH, ejerzan o no la prostitución (Figura 4).

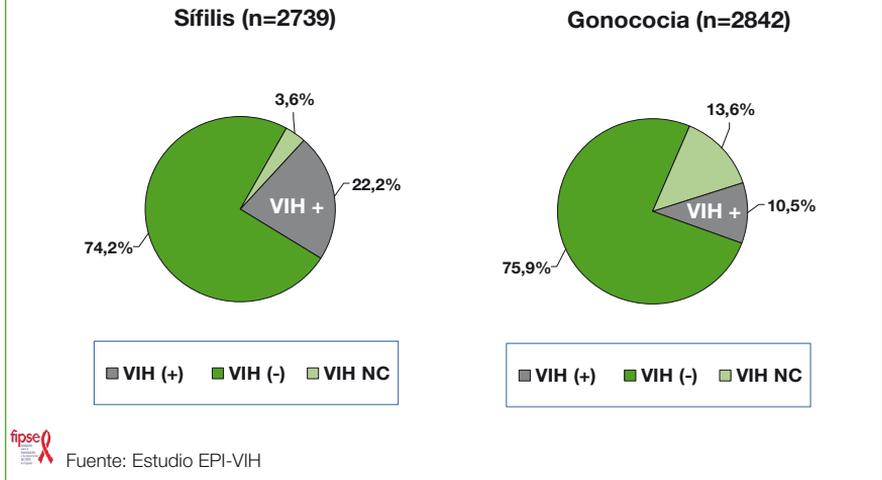
Figura 4. Prevalencia de VIH en poblaciones vulnerables según origen (Estudio EPI-VIH)



La prevalencia de coinfección con VIH en pacientes de sífilis y gonococia se recoge desde julio de 2005 en la red EPI-ITS, actualmente constituida por 17 centros específicos de ITS e Instituciones Penitenciarias.

En el periodo comprendido entre julio de 2005 y diciembre de 2010, se identificaron un total de 2.739 casos de sífilis y 2.842 casos de gonococia, de los cuales estaban coinfectados con VIH el 22,2% y el 10,5% respectivamente (Figura 5).

Figura 5. Coinfección VIH/ITS (Estudio EPI-ITS)



La prevalencia de coinfección VIH/sífilis fue más elevada en HSH (28,5%) seguida de hombres heterosexuales (5,5%) y mujeres (3,7%). De igual modo, la prevalencia VIH/gonococia fue del 17,5% en HSH y del 1,9% y 0,9% en hombres y mujeres heterosexuales respectivamente.

2.1.4. Indicadores Conductuales

La incidencia de gonococia y sífilis –ITS bacterianas de declaración obligatoria cuya evolución se describe en otro epígrafe– es en sí misma un indicador de conductas de riesgo sexual.

El *European MSM Internet Survey* (EMIS), es un estudio, financiado por la Unión Europea, dirigido a HSH y realizado a través de Internet, cuyo objetivo fue obtener información sobre homosexualidad, conductas de riesgo o preventivas relacionadas con el VIH y las ITS, conocimientos sobre VIH, homofobia y discriminación. En él participaron más de 180.000 HSH de 38 países europeos con un cuestionario común traducido a 25 lenguas (1).

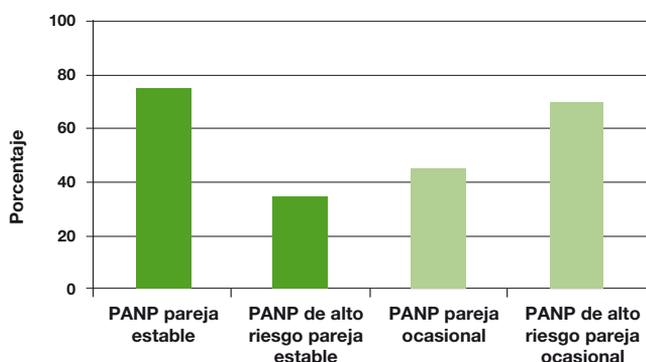
En España participaron 13.730 hombres, la mayoría de los cuales se identificaba como «gay». El 36% tenía pareja estable, el 76,5% refirió al menos una pareja ocasional en los 12 meses previos al estudio y un 27,4% 10 ó más. La penetración anal no protegida se practicó más con las parejas estables que con las ocasionales (75% frente a 45,3% entre quienes realizaron penetración anal), pero en este último caso generalmente (69,8%) se

practicó con alguien cuyo estatus VIH era desconocido o serodiscordante (Figura 6).

El 44,4% de los HSH participantes en EMIS-España se había realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el 74% al menos una vez en la vida, siendo la prevalencia autorreferida de VIH entre estos del 12%.

El consumo de drogas para sexo y fiesta fue muy común y el 5% de los participantes decían estar preocupados por su consumo de sustancias ilegales.

Figura 6. EMIS-España. Penetración anal no protegida (PANP) en los últimos 12 meses según tipo de pareja



*PANP de alto riesgo: PANP con pareja serodiscordante o con seroestatus desconocido.

Fuente: EMIS-España.

La Encuesta Hospitalaria sobre personas con VIH/Sida atendidas en hospitales públicos (EH) se realiza anualmente en un día prefijado y recoge información detallada sobre PVIH. En 2012, el 25,3% de los participantes en la EH que habían mantenido relaciones sexuales en los doce meses previos no usó preservativo en su última relación sexual, un porcentaje que se mantuvo estable desde 2002; si se tiene en cuenta el estatus VIH de las parejas sexuales de los pacientes, se observa que entre quienes habían tenido relaciones con alguna pareja de estatus serodiscordante/desconocido, el 21,5% no utilizó preservativo en su última relación sexual, mientras que la cifra correspondiente entre quienes siempre tuvieron relaciones con personas seroconcordantes fue del 35,8% (2).

Respecto al uso de drogas inyectadas, el 7,1% de las PVIH participantes en la EH que se infectaron por compartir material de inyección de drogas refirió haberse inyectado drogas en el último mes, y el 29,3% estaba en tratamiento con metadona. Entre 2001 y 2012, se observó una disminución significativa del porcentaje de inyectores de drogas en los 30 días previos a la encuesta (desde el 13,9% en 2001 hasta el 7,1% en 2012), así como del de usuarios de metadona (desde el 51,5% en 2001 hasta el 29,3% en 2012).

La Encuesta Nacional de Salud Sexual realizada en 2009 por el Observatorio de Salud de las Mujeres se planteó como una encuesta poblacional de salud sexual por lo que la información sobre conductas de riesgo para VIH e ITS es menos detallada. Según los datos de esta encuesta, el 72,3% y el 69,2% de hombres y mujeres entrevistados utilizaron preservativo en la última relación sexual con una pareja ocasional (3)

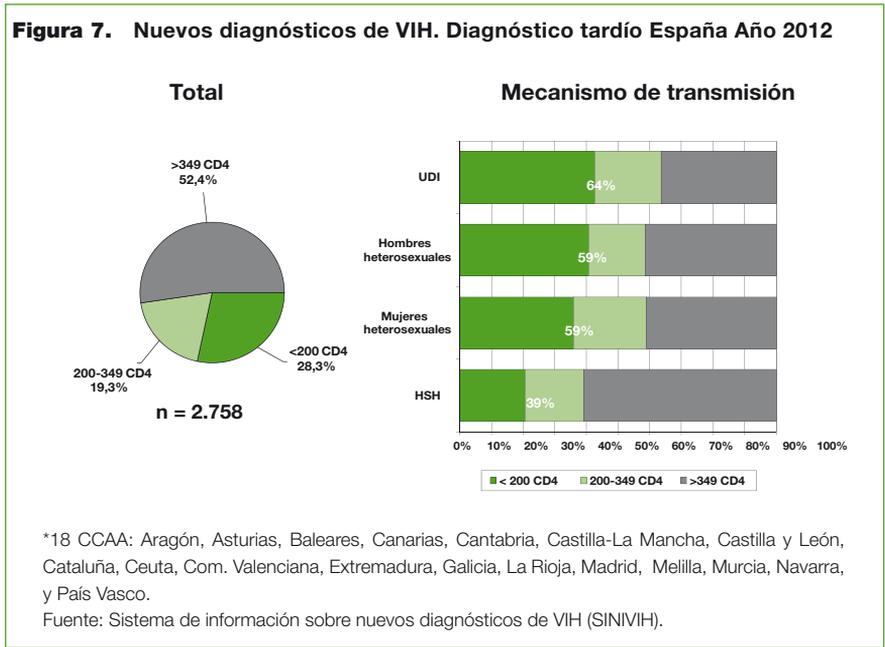
El Estudio de la Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar (*Health Behaviour in School-aged Children, HBSC*) se inició como estudio internacional en 1982, y su objetivo es recoger información sobre los hábitos de vida relacionados con la salud de los preadolescentes y adolescentes escolarizados. España ha participado en casi todas las ediciones, la última de ellas correspondiente a 2010. Según el HBSC, en 2010 un 74,4% de los adolescentes españoles entrevistados de entre 15 y 18 años utilizaron preservativo en su última relación sexual, lo que muestra una disminución en relación a ediciones previas cuando las cifras correspondientes fueron el 90,9% en 2002 y el 89,3% en 2006 (4).

2.1.5. Diagnóstico tardío

Del total de nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012 en los que se dispuso de la determinación de CD4, 1314 (47,6 %) presentaron diagnóstico tardío (DT) (Figura 7), es decir menos de 350 linfocitos CD4/microlitro, lo que supone deterioro inmunitario.

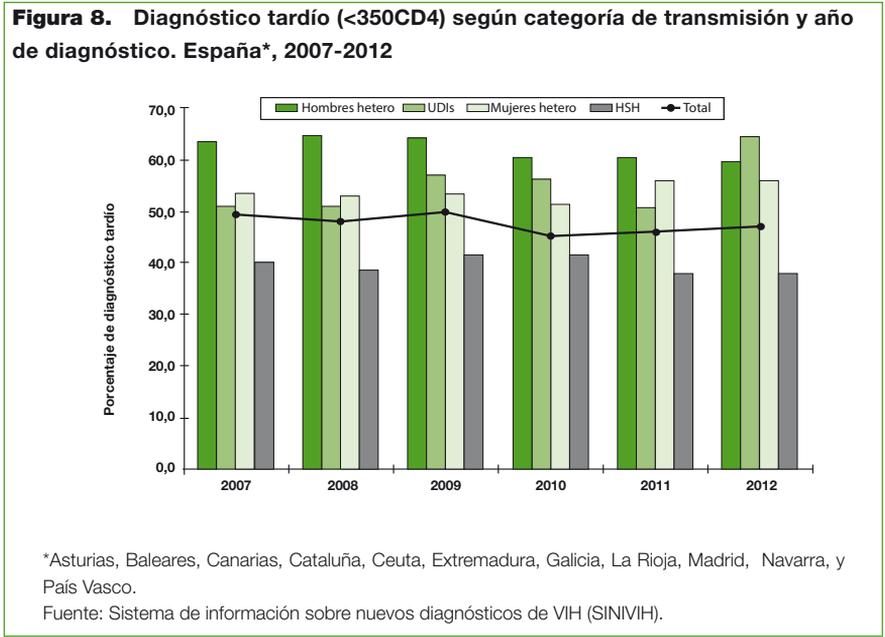
Estas personas no se beneficiaron plenamente del TAR y podrían haber desempeñado un papel relevante en la transmisión del virus al desconocer que estaban infectadas.

Figura 7. Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío España Año 2012



Al analizar la evolución del porcentaje de DT a lo largo del período se observa un leve descenso en el conjunto de datos, desde el 50% en el año 2007 al 47% en 2012 que no es estadísticamente significativo. Tampoco se observan descensos al desagregar por categoría de transmisión (Figura 8).

Figura 8. Diagnóstico tardío (<350CD4) según categoría de transmisión y año de diagnóstico. España*, 2007-2012

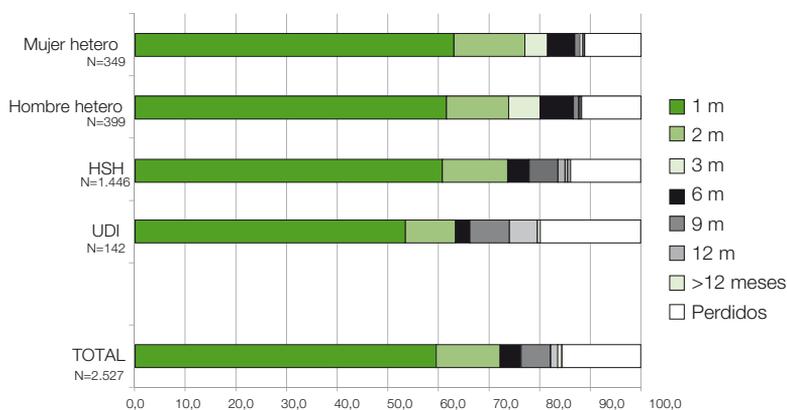


2.1.6. Seguimiento clínico de los pacientes con infección por VIH

Para obtener la máxima efectividad del TAR y los mayores beneficios para el enfermo, los nuevos diagnósticos de VIH deben vincularse al sistema sanitario («linkage to care» en inglés) lo antes posible. Comúnmente, se considera que la vinculación al sistema sanitario es adecuada cuando el tiempo transcurrido entre las fechas de primera determinación de CD4 y/o carga viral y la de confirmación del diagnóstico no supera los tres meses (5).

En España este parámetro se ha calculado a partir de los datos del SINIVIH para las CCAA que recogen de forma sistemática la fecha de primera determinación de CD4: Asturias, Aragón, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Murcia y Navarra, que suponen el 49% de la población española. El 76,3% de las personas diagnosticadas de VIH en 2011 se vincularon al sistema sanitario antes de 3 meses tras el diagnóstico. En los datos sin ajustar, apenas hubo diferencias entre mujeres y hombres (78% frente a 76%), o entre españoles y extranjeros (77% frente a 75%). Por vía de transmisión, el grupo con mejor vinculación es el de los heterosexuales, tanto mujeres como hombres (81% y 80% respectivamente), a los que siguen los HSH (78%), mientras que la proporción es mucho más baja entre los UDI (66%) (Figura 9).

Figura 9. Inicio de seguimiento clínico según categoría de transmisión Nuevos diagnósticos de VIH. España, 2011



*8 CCAA: Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Murcia, Navarra.

Fuente: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH).

Según los datos de la EH, las personas con infección por VIH que están en seguimiento en los hospitales públicos son mayoritariamente hombres, con bajo nivel de estudios, trabajadores activos y cada vez de mayor edad, ya que el porcentaje de personas mayores de 50 años ha aumentado desde 7,7% en el 2000 hasta el 29,9% en 2012. La proporción de pacientes UDI/ex-UDI ha disminuido regularmente desde que se inició la encuesta y ya son menos de la mitad, mientras se incrementa la de personas infectadas por vía sexual.

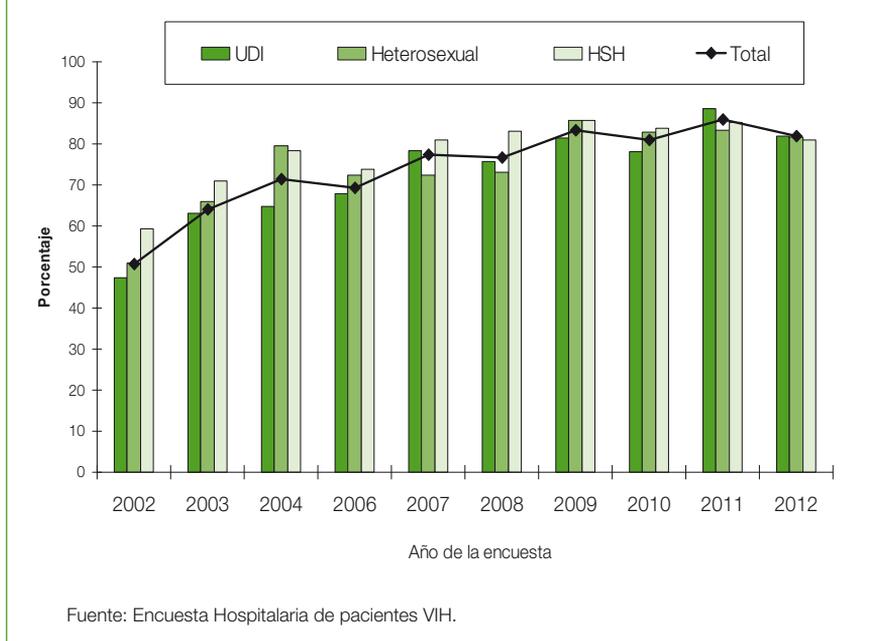
La mayoría de los enfermos se diagnosticaron de VIH hace más de 10 años y asisten a consulta con regularidad. Lo co-morbilidad es importante, especialmente la infección por VHC: la prevalencia de anticuerpos frente a VHC osciló entre 57,1% en 2004, cuando se comenzó a recoger esta información y 42,6% en 2012.

Entre los pacientes nacidos fuera de España (12,9% en 2012), la mayoría se infectó heterosexualmente y se diagnosticó hace menos de un año (16,5% frente al 6,0% en los españoles), generalmente de forma tardía, ya que el 34,4% en 2012 había presentado en algún momento criterios de sida.

La situación clínica de los enfermos ha mejorado de forma importante durante el periodo 2000-2012, lo que se refleja en los tres parámetros clínicos más relevantes que se recogen en la EH: la proporción de casos asintomáticos, el nivel de CD4 y la carga viral (CV) en la última determinación.

En cuanto a la proporción de pacientes asintomáticos se observa un aumento desde el 28,7% de 2000 al 45,8% en 2012. Respecto del nivel de CD4 en la última determinación, la proporción de casos con más de 350 células/microlitro se incrementó desde el 45,6% en el año 2000 hasta el 67,7% en 2012. Finalmente, entre los pacientes en tratamiento, la proporción con CV menor de 200 copias en la última determinación se incrementó de forma significativa desde 50,7% en el año 2002 hasta el 82,0% en 2012 (Figura 10).

Figura 10. Carga viral indetectable (<200 copias) en personas que viven con el VIH en tratamiento según mecanismo de transmisión

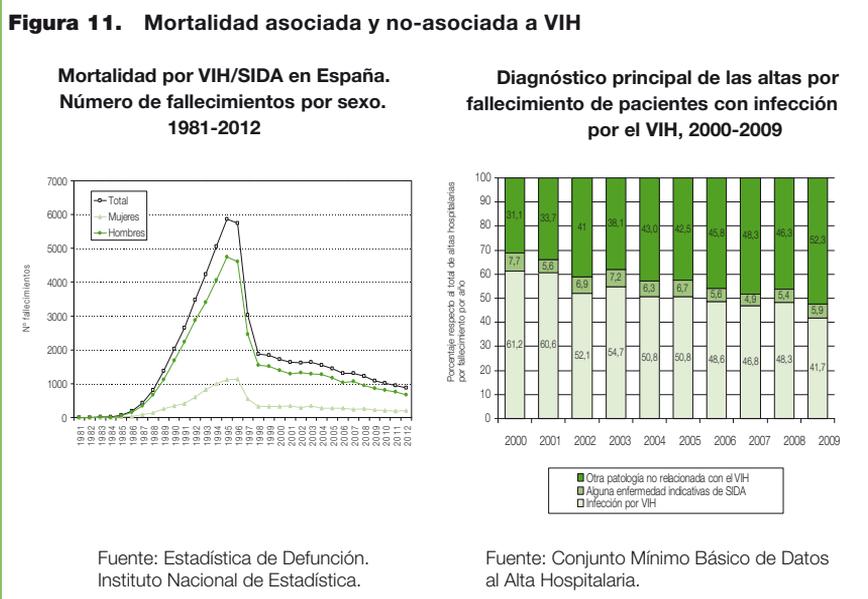


2.1.7. Mortalidad

Según la Estadística de Mortalidad por Causas elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2012, último año disponible, se notificaron en España 880 fallecimientos por VIH/Sida, que representa una tasa de mortalidad por esta causa de 1,91/100.000 habitantes. El 76,7% de los fallecidos eran hombres y el 23,3% mujeres, y las tasas de mortalidad respectivas por VIH/Sida fueron de 2,98/100.000 y 0,87/100.000. La edad media a la defunción fue de 48,7 años (DE: 9,7), siendo superior en hombres (49,4 años; DE: 9,6) que en las mujeres (46,4 años; DE: 9,5).

En cuanto a la tendencia desde el inicio de la epidemia, entre 1981 y 2012 se produjeron 56.079 fallecimientos por VIH/Sida, con un máximo en 1995, cuando 5.857 personas fallecieron a causa de esta infección. Desde esa fecha, sobre todo tras la generalización del TAR, los fallecimientos disminuyeron radicalmente hasta 1998 (descenso del 68%), y desde entonces el descenso se ha ralentizado; con respecto a 2011, la mortalidad por VIH/Sida se redujo un 7,6% en 2012 (Figura 11)

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del que se obtuvo información al alta de todos los episodios de hospitalización cuyo diagnóstico principal o diagnóstico secundario era VIH o sida, proporcionó también información muy útil para evaluar la tendencia de la mortalidad hospitalaria relacionada y no relacionada con el VIH. Durante el decenio 2000-2009 se produjeron 13.173 altas por fallecimiento en pacientes infectados por el VIH que requirieron hospitalización. Analizando el diagnóstico principal al alta de los éxitus, se aprecia que el VIH figuraba en 6.832 (51,9%) altas, en 823 (6,2%) aparecían códigos de enfermedades definitivas de sida y en 5.518 (41,9%) códigos de patologías no relacionadas con el VIH. Entre 2000 y 2009 se observa una tendencia descendente de los códigos referidos al VIH en el diagnóstico principal a consta de un incremento en patologías no asociadas con el VIH (Figura 11).



2.2. Vigilancia epidemiológica de otras ITS

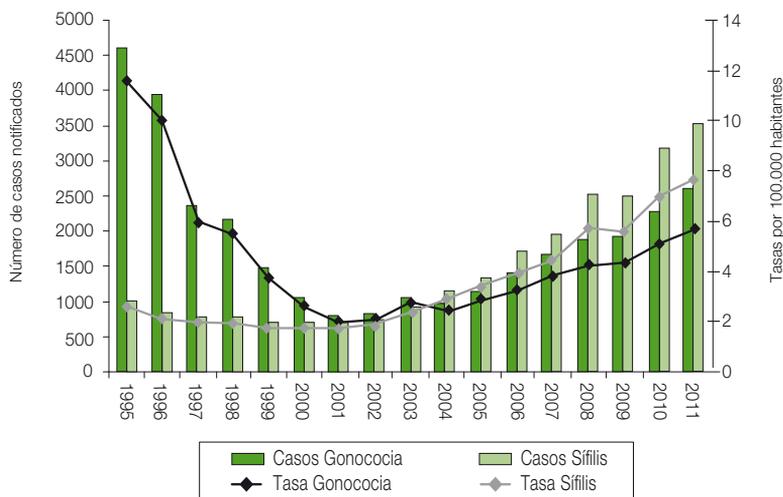
La vigilancia de las ITS, además de servir para monitorizar la evolución de las mismas, forma parte de la vigilancia de segunda generación de la infección por el VIH, como indicador centinela sobre comportamientos de riesgo.

En España las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel nacional son la gonococia, la sífilis y la sífilis congénita, a través del Sistema de Enfer-

medades de Declaración Obligatoria (EDO) incluido en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Este sistema requiere la notificación del número de casos nuevos ante su simple sospecha, y actualmente tan solo aporta variables individuales en el caso de la sífilis congénita. Actualmente se ha consensuado la introducción en la RENAVE de la notificación de otras ITS, en concreto la infección por *Chlamydia trachomatis*, hasta la fecha vigilada por el Sistema de Información Microbiológica (SIM), y el linfogranuloma venéreo. Además, todas ellas pasan a declararse de manera individualizada. Estos cambios fueron informados favorablemente por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en julio de 2013.

En el año 2011 se notificaron 2.640 casos de infección gonocócica (tasa: 5,72 casos por 100.000 habitantes) y 3.522 de sífilis (tasa: 7,64 casos por 100.000 habitantes). Durante el periodo 1995-2011 se observa una clara disminución en la incidencia de infección gonocócica, desde 11,69 a 5,72 casos/100.000; sin embargo la tendencia no es homogénea, ya que tras el gran descenso observado entre 1995 y 2001, se advierte un incremento continuado en la incidencia a partir de 2002. En cuanto a la incidencia de sífilis también muestra un descenso en el periodo 1995-1999 (desde 2,57 hasta 1,73 casos/100.000), pero a partir de 2000 se produce un aumento continuado hasta alcanzar una tasa de 7,64/100.000 en 2011, por lo que la tendencia durante 1995-2011 es creciente (Figura 12).

Figura 12. Incidencia de infecciones de transmisión sexual. Nº de casos y tasas por 100.000 habitantes. España 1995-2011



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

Además de la monitorización de las ITS, la vigilancia epidemiológica se encarga de la detección, análisis y control de brotes, como el brote de LGV ocurrido en Cataluña y Madrid y de otras situaciones especiales como la resistencia antibiótica al gonococo (6)

Las ITS engloban a todas aquellas infecciones en las que está implicada la transmisión sexual aunque esta no sea su principal vía de transmisión. Este sería el caso de la hepatitis C, mayoritariamente de transmisión parenteral, pero en la que se está observando un incremento de casos en los últimos años de transmisión sexual que afectan sobre todo a HSH, tanto en Europa (7) como España (8, 9).

En el nuevo protocolo para la vigilancia de la hepatitis C de la RENAVE se ha incluido la variable de transmisión sexual para poder monitorizar esta situación.

La vigilancia centinela de las ITS se realiza a través de los centros que forman la red EPI-ITS, que recoge información ampliada de los casos de sífilis y gonococia identificada en estos centros. En el periodo 2005-2010 se recogieron 2.739 casos de sífilis y 2.842 de infección gonocócica. La mayor parte de los casos fueron hombres de 26 a 35 años; un tercio de los diagnósticos se produjeron en personas procedentes de otros países, principalmente de Latinoamérica. Alrededor de 1 de cada 5 diagnósticos de sífilis y 1 de cada 4 con infección gonocócica presentaron otras ITS de forma concurrente, siendo las más frecuentes la infección por *C. trachomatis* y los condilomas. El 72,5% de los casos de sífilis y el 55% de los de gonococia se produjeron en HSH.

2.3. Repercusión económica del tratamiento antirretroviral

Es indudable el efecto beneficioso que tiene la terapia antirretroviral (TAR) sobre la infección por VIH y la repercusión en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, su elevado coste en un entorno donde los recursos son limitados, hace necesario gestionar correctamente el gasto.

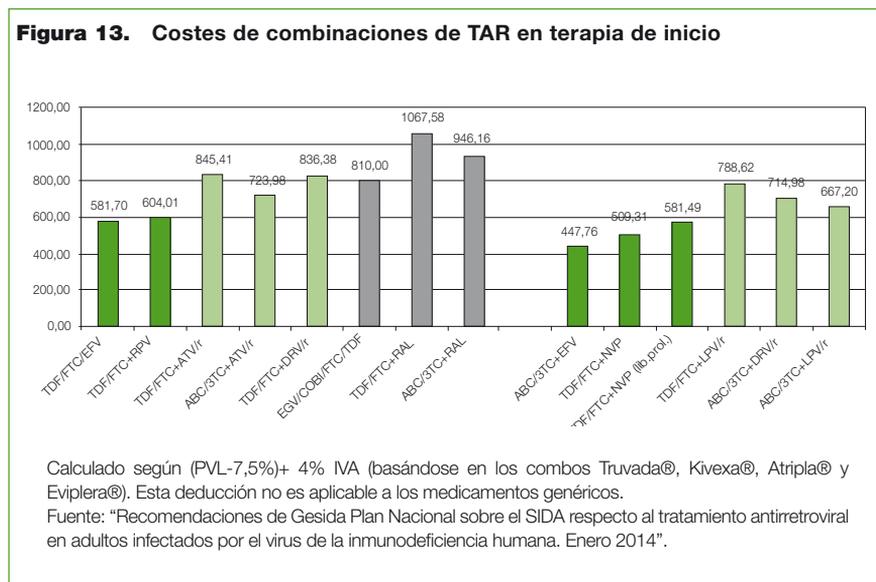
Una cifra baja de linfocitos CD4 al diagnóstico, se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad y con un mayor coste. Los pacientes con el recuento de células CD4 inferior a 50 células/microlitro generan un mayor coste no relacionado con el TAR, coste que disminuye de forma sustancial cuando los CD4 aumentan por encima de 100 células/microlitro (10,11).

El conocimiento de la magnitud de los costes relacionados con la atención a los pacientes con infección por VIH es importante. En España ac-

tualmente no se dispone de datos validados sobre el coste de los antirretrovirales en la infección por el VIH, en relación al recuento de células CD4. Sin embargo, se dispone de la declaración del gasto relacionado con el TAR por parte de las diferentes Comunidades autónomas e Instituciones Penitenciarias, cuyo incremento progresivo alcanzaba los 729 millones de euros en 2012 en todo el territorio nacional (12).

El número de pacientes en TAR declarados también ha aumentado a lo largo de los años en la mayoría de las CCAA pasando de 81.335 pacientes en 2009 a 98.011 pacientes en 2012. Esto justifica claramente el aumento del gasto anual que se ha producido en cuanto a TAR así como el gasto total de TAR en todo el territorio nacional (12).

La optimización del TAR, las simplificaciones del mismo y el ajuste de los precios por parte de las compañías farmacéuticas entre otros factores, ha hecho que disminuya el gasto medio por paciente, situándose actualmente en un rango entre los 5.500 y los 14.000 euros por paciente al año dependiendo de las distintas combinaciones de fármacos (13) (Figura 13).



Aunque en el momento actual existen múltiples alternativas terapéuticas de elevada eficacia para el control crónico de la infección por el VIH, sería necesaria la realización de una evaluación fármaco-económica para poder determinar la eficiencia de los nuevos medicamentos o de nuevas estrategias de tratamiento.

En resumen, del análisis de la información epidemiológica se concluye lo siguiente:

1. Desde su inicio, la epidemia ha experimentado grandes cambios en su magnitud y en el patrón epidemiológico de los casos y en el momento actual:

- La tasa de nuevos diagnósticos de VIH es casi la mitad que la de incidencia de sida cuando esta alcanzó su pico, en 1994.
- La infección por VIH es sobre todo una ITS. Los UDI solo suponen el 5% de los nuevos diagnósticos, la transmisión vertical el 0,2-0,3%.
- Los HSH constituyen el grupo más relevante en la epidemia actual, y el único en el que la tasa de nuevos diagnósticos de VIH se incrementa. En contraste esta tasa decrece en UDI y está estabilizada o en ligero descenso en heterosexuales.
- Las personas nacidas fuera de España representan aproximadamente un tercio de los nuevos diagnósticos, habiéndose producido el pico máximo en el año 2008. Son personas que proceden principalmente de Latinoamérica, suponiendo un 18% del total de los nuevos diagnósticos en 2012 y un 52% de los nuevos diagnósticos en personas extranjeras.

2. La prevalencia global del VIH en España ha aumentado al incrementarse la supervivencia de las personas con infección por VIH, pero la situación entre los distintos grupos es heterogénea, como muestran los sistemas de vigilancia centinela de la infección:

- En madres de recién nacidos vivos la prevalencia de VIH disminuye.
- En hombres y mujeres heterosexuales que acuden a los centros de la red EPI-VIH la prevalencia desciende.
- La prevalencia en mujeres que ejercen la prostitución es similar a la de las mujeres heterosexuales de alto riesgo, mientras que entre los HSH que ejercen la prostitución la cifra es casi 20 veces mayor que la de los HSH que no ejercen la prostitución y la situación lleva años sin cambiar. Asimismo es muy elevada la prevalencia en mujeres transexuales que ejercen la prostitución.
- En UDIs, la prevalencia está estabilizada, aunque sigue estando en niveles que están entre los más altos de Europa.
- En HSH no trabajadores sexuales, la prevalencia aumenta.

3. La frecuencia de conductas de riesgo que posibilita la transmisión sexual del VIH y otras ITS en HSH es alta, detectándose también

una deficiente utilización del preservativo en personas con infección por VIH.

4. El número y la proporción de personas con infección por VIH que están en TAR aumentan sistemáticamente con resultados muy beneficiosos, que se reflejan en parámetros como el nivel de CD4 o la carga viral de los pacientes. No obstante, persisten retos importantes para maximizar la efectividad del tratamiento, como son:
 - La disminución de la fracción no diagnosticada y del retraso diagnóstico.
 - La disminución del tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VIH y la vinculación al sistema sanitario, sobre todo en los UDI.
 - La mejora de la asistencia a consultas y de la adherencia en poblaciones socialmente desfavorecidas.
5. Entre las personas con infección por VIH, la proporción de mayores de 50 años ha aumentado del 7,7% en 2000 al 29,9% en 2012, lo que representa tanto un éxito de la política sanitaria sobre VIH como un gran reto de futuro, por las especiales necesidades, sanitarias y sociales, que tiene este grupo de pacientes.
6. La mortalidad por VIH/Sida sigue disminuyendo, aunque el descenso se ha ralentizado en los últimos años. Por el contrario, aumenta proporcionalmente la mortalidad no relacionada con el VIH, sobre todo a expensas de la patología hepática y oncológica.
7. El aumento de las tasas de incidencia de gonococia y sífilis sugiere un aumento de las conductas de riesgo.
8. La prevalencia de coinfección de sífilis y gonococia con el VIH es elevada, y afecta principalmente a los HSH.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013. Encuesta on-line europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Resultados en España <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf>

2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: PNS; Ministerio de Economía y Competitividad: ISCIII. Madrid 2013. Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/Sida. Resultados 2012 y evolución 2000-2012.
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/EncuestaHospitalaria2012.pdf>
3. Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013.
4. Los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles a lo largo de la primera década del milenio. El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
5. Centers for Disease Control and Prevention (2012) Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 U.S. dependent areas—2010. HIV Surveillance Supplemental Report 17 (No. 3, part A).
<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/>
6. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2011. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología – Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2013.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. STI and HIV prevention in men who have sex with men in Europe. Stockholm: ECDC; 2013.
8. Valencia J, De los Santos I, Sanz J *et al*. Hepatitis C virus (HCV) acute infection in HIV-infected MSM due to sexual transmission: clinical and epidemiological description of six cases. 9th International Workshop on HIV & Hepatitis Co-infection. 30 – 31 May 2013, Rome, Italy. Abstract P_15.
9. Plaza Z, Poveda E, Vispo E, *et al*. Evidence for recent emergence of acute hepatitis C epidemics in HIV+ homosexual men in Madrid and from local injecting drug users. 9th International Workshop on HIV & Hepatitis Co-infection. 30 – 31 May 2013, Rome, Italy. Abstract P_07.
10. Blasco A. J. *et al*. Análisis de costes y de coste/eficacia de las pautas preferentes de GESIDA/ Plan Nacional sobre el Sida en 2013 para el tratamiento antirretroviral inicial en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31 (9):568–578.
11. Farnham, P.G. *et al*. Updates of lifetime costs of care and Quality-of-Life estimates for HIV-infected persons in the United States: late versus early diagnosis and entry into care. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013;64:183–189.
12. MSSSI. Informe de Evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012.
13. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. 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). Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoTARGesidaPNSAadultos_enero2014.pdf

3. Misión, visión y objetivos

Misión

Establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud que permitan orientar la organización de los servicios sanitarios y sociosanitarios hacia la prevención del VIH y otras ITS, la mejora de la calidad y de la esperanza de vida de las personas con infección por VIH u otras ITS, y la prevención de las complicaciones y comorbilidades asociadas.

Visión

Trabajar conjuntamente todos los agentes implicados en la respuesta a la epidemia adaptándose a los cambios en las necesidades sociosanitarias de todas las personas con VIH y otras ITS, garantizando la prevención, la calidad en la atención sanitaria y la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social.

Objetivos generales

1. Disminuir la incidencia de las infecciones por VIH y otras ITS.
2. Fomentar el diagnóstico precoz de VIH y otras ITS.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas con infección por VIH y otras ITS y prevenir comorbilidades asociadas
4. Disminuir la discriminación hacia las personas con VIH e ITS

4. Principios rectores

Los valores básicos en los que se fundamenta el Plan Estratégico de prevención y control de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, derivan del artículo 43 de la Constitución Española de 1978, y de la normativa desarrollada a su amparo:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

Otra normativa de interés que regula la prestación de la asistencia sanitaria:

- Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus pacientes
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud

Instrucciones complementarias

- Documento del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre «Intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública» aprobado el 18 de Diciembre de 2013. (<http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/IntervencionSanitariaRiesgoSP.pdf>)

Este documento enmarca las diferentes situaciones que han de ser atendidas por interés de la salud pública, entre las que se encuentran determinadas enfermedades transmisibles como el VIH.

Así mismo, la confidencialidad está garantizada en todas las actuaciones de salud pública por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección

de datos de carácter personal y la Ley 41/2012, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Además, el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Orden de 18 de diciembre de 2000, por la que se crea el fichero relativo al Sistema de Información sobre nuevas infecciones de VIH (SINIVIH), garantizan la confidencialidad en los sistemas de registros de nuevos casos.

El primer Plan frente al VIH/Sida en España cubría las actuaciones realizadas entre 1997 y 2000, y su principio fundamental era movilizar a la sociedad, mediante la corresponsabilidad de todas las administraciones y la coordinación de las diferentes acciones. El segundo Plan frente el VIH/Sida, 2001-2005, estableció como principios rectores la multisectorialidad, la evaluación y la equidad. El tercer Plan, 2008-2012, mantuvo como principios rectores la multisectorialidad y la equidad, introduciendo el concepto de calidad, más amplio que el de la mera evaluación.

Estos principios siguen estando plenamente vigentes, no obstante la aparición de un nuevo marco legislativo, que introduce otros nuevos, fundamentalmente basados en la Ley General de Salud Pública y en la mejora de la calidad de la prevención del VIH.

Los principios rectores contemplados en el actual Plan Estratégico son los siguientes:

- **El mejor conocimiento científico disponible:** Las estrategias e intervenciones presentes en el Plan están basadas en estudios científicos de calidad, probada efectividad y la mejor evidencia científica.
- **Adecuación estratégica:** Las estrategias son coherentes con los objetivos que se persigue alcanzar, en función de los recursos disponibles y las fortalezas de la estructura organizativa, en convergencia con las estrategias internacionales.
- **Pertinencia:** Los objetivos del Plan se corresponden con las necesidades y características de la población a la que se dirigen, atendiendo a la magnitud de los problemas de salud que se pretenden corregir, justificando su necesidad y según los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad.
- **Eficiencia:** Deben conseguirse los objetivos marcados optimizando la utilización de los recursos existentes y aplicando herramientas de calidad.
- **Equidad y perspectiva de género:** Supone considerar el papel desempeñado por los determinantes sociales de la salud, estableciendo tanto medidas universales como selectivas, para conseguir el máximo potencial de salud de cada persona, sin importar las diferencias culturales, sociales o de género que presentan entre sí.

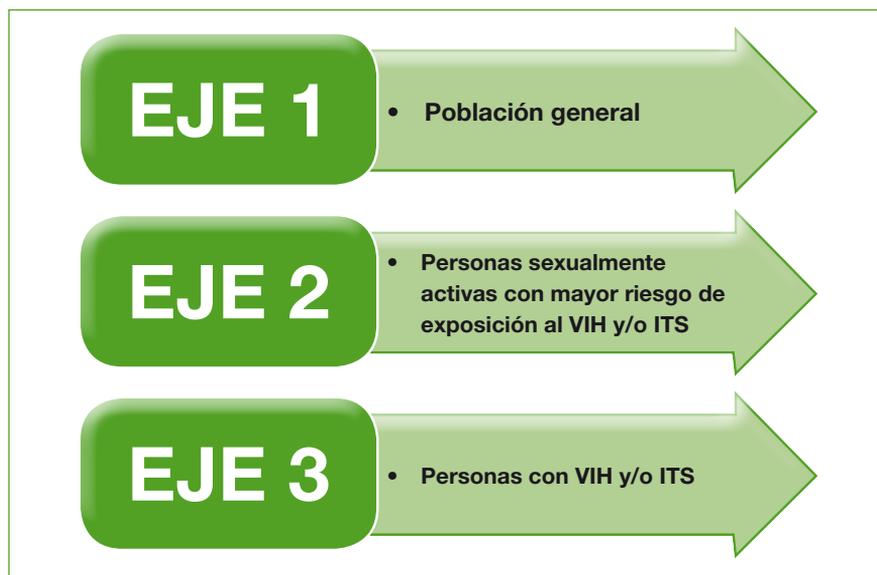
- En lo referente al género se han tenido en cuenta las desigualdades entre hombres y mujeres, y este enfoque ha orientado tanto la definición de los objetivos, como la elaboración de recomendaciones y el diseño de los indicadores del Plan.
- **Participación:** Conlleva la incorporación de todos los agentes implicados en la respuesta a la epidemia, de forma interdisciplinar y vinculada con estrategias afines.
- **Integralidad:** Las actuaciones abordarán las necesidades detectadas desde un enfoque integral, bio-psico-social, priorizando y coordinando todas las políticas y actividades.
- **Evaluación:** Deberán evaluarse las iniciativas y acciones propuestas, a través de la medida del impacto de las intervenciones, de los resultados obtenidos y de su repercusión en la salud a largo plazo.

5. Metodología

La coordinación técnica del Plan Estratégico ha sido liderada por el equipo del Plan Nacional sobre el Sida de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Este Plan ha sido elaborado con el consenso y la colaboración de personas expertas en diferentes disciplinas, desde la prevención, la asistencia clínica, la vigilancia epidemiológica, o la investigación, todas implicadas directa o indirectamente en la respuesta frente al VIH y otras ITS.

5.1. Ejes de intervención

Con el fin de abordar desde una perspectiva conjunta las acciones de respuesta frente al VIH y las ITS se ha utilizado una metodología basada en el actual modelo suizo, en la que se describen tres ejes de intervención. Cada eje de intervención se dirige a grupos determinados de población. La subdivisión en ejes se ha realizado según criterios de prevalencia y riesgo de exposición.



Eje de intervención 1: Población general.

Toda la población debe ser consciente de que el VIH y las ITS, a pesar de los avances conseguidos en tratamiento y cuidados, siguen constituyendo

un problema de salud pública, y de que cualquier persona expuesta debe adoptar las medidas protectoras adecuadas cuando sea necesario. Dentro de la población general, debería prestarse especial atención a adolescentes y jóvenes, así como a los viajeros a zonas de elevada prevalencia.

El objetivo derivado de este eje de intervención es mantener la protección frente a la infección en la población general para lo que debería insistirse en:

- Promoción de la salud
- Educación sexual
- Conocimiento de los riesgos
- Adopción de medidas preventivas eficaces

Eje de intervención 2: Personas sexualmente activas con mayor riesgo de exposición al VIH y/o ITS.

Se consideran como tales a los hombres que tienen sexo con hombres, inmigrantes de países de alta prevalencia, usuarios de drogas inyectadas, personas que ejercen la prostitución, internos en instituciones penitenciarias, así como las parejas sexuales de todas ellas.

El objetivo en este grupo de población es evitar y/o reducir la transmisión de VIH e ITS en la medida de lo posible. Las personas que pertenecen a un grupo con una alta prevalencia de ITS y/o VIH, o las que tienen contacto sexual con personas de estos grupos, deben tener a su alcance información y medios que los empoderen para evitar la infección por VIH y otras ITS.

Las intervenciones al respecto deberían ajustarse a las circunstancias y/o necesidades específicas de los grupos diana, haciendo especial hincapié en:

- El aumento de la percepción del riesgo a través de intervenciones de sensibilización, información y motivación
- Las medidas de prevención de conductas de riesgo en los entornos que frecuentan estos grupos de población.

Eje de intervención 3: Personas con VIH y/o ITS.

Las personas con infección por VIH y otras ITS deben beneficiarse de un tratamiento precoz y adecuado para reducir la capacidad de transmisión, en el caso de la infección por VIH por la reducción de la carga viral y mejorar su calidad de vida. Además hay que evitar que las parejas o contactos sexuales se infecten, para lo que se debe posibilitar la notificación responsable y la adopción consiguiente de medidas preventivas.

Los objetivos en este grupo son, por tanto, eliminar o reducir al nivel más bajo posible la capacidad de infección mediante el tratamiento y las medidas preventivas adecuadas; evitar las coinfecciones VIH/ITS, el dete-

rioro de su salud e incrementar su calidad de vida; conseguir que las parejas sexuales sean informadas de su situación de riesgo y proteger los derechos de las personas con infección y de sus parejas.

5.2. Participantes

En la elaboración del Plan Estratégico intervinieron dos grupos de trabajo, uno redactor y otro revisor. En la misma participaron las diferentes instituciones y administraciones que forman parte de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida.

- **Grupo redactor:** Formado por profesionales técnicos especialistas en el tema, pertenecientes al Plan Nacional sobre el Sida (PNS) y de otras administraciones. Sus funciones fueron principalmente la evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012, la revisión de la evidencia científica, el análisis de la situación epidemiológica y de la situación en el contexto nacional e internacional. Este grupo redactó un borrador inicial del Plan Estratégico que posteriormente fue distribuido al grupo revisor.
- **Grupo revisor:** Constituido por un panel de agentes implicados en la respuesta a la epidemia: representantes de los planes autonómicos del VIH/Sida, sociedades científicas, la sociedad civil, representada a través del Comité Asesor y Consultivo de ONGs (COAC). Este grupo revisó el documento, con el fin de obtener el máximo consenso entre todos los actores implicados en la respuesta frente a la epidemia.

A fin de ofrecer la máxima transparencia, se optó por trabajar con una metodología de consenso mixta, mediante reuniones presenciales con los expertos y rondas de intercambio de opiniones a través del correo electrónico, en las que participaron todos los grupos. El equipo del Plan Nacional sobre el Sida lideró todo el proceso, actuando además como órgano coordinador, y proporcionando apoyo técnico y logístico en todo momento.

5.3. Plan de trabajo

Tras realizar un análisis de la situación y del marco estratégico se definieron la misión, visión y principios rectores y se describieron las poblaciones prioritarias y los ejes de intervención. Así mismo, se utilizó la evaluación del

Plan multisectorial 2008-2012 para identificar los puntos críticos y plantear las oportunidades de mejora.

Posteriormente se determinaron los objetivos específicos del Plan en relación con las líneas estratégicas planteadas.

Se procedió a realizar una revisión del conocimiento científico disponible, teniendo en cuenta que la evidencia científica en salud pública no siempre se basa en la empleada en otros ámbitos bio-sanitarios, donde el ensayo clínico aleatorizado se considera el paradigma máximo de calidad. Las fuentes bibliográficas consultadas fueron variadas, debiendo tener en cuenta abordajes más amplios que los meramente clínicos.

Para la elaboración de algunos capítulos del Plan Estratégico ha sido necesario realizar una revisión del tema de carácter conceptual, y para ello se ha utilizado otro tipo de documentos, como libros o artículos no basados en estudios, sino en revisiones de la literatura, así como informes cualitativos, encuestas o análisis económicos.

La estructura diseñada para profundizar en cada uno de los objetivos específicos fue la siguiente:

- Antecedentes, recogiendo el marco estructural, científico y legal.
- Conocimiento científico.
- Puntos clave
- Recomendaciones

El análisis de la situación y la revisión de las evidencias relacionadas con la eficacia y efectividad de las intervenciones, recogidas en la literatura científica nacional e internacional, permitió la selección de las recomendaciones e intervenciones recogidas en este Plan. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos que pudieran contener información relevante relacionada con el tema, además de consultar los informes de organismos nacionales e internacionales con datos epidemiológicos considerados pertinentes. Las referencias utilizadas para la elaboración de las recomendaciones incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, guías de práctica clínica, estudios de investigación cuantitativa y cualitativa, así como libros e informes publicados por expertos, en aquellos temas que precisaron una revisión conceptual.

Finalmente, se estableció un cronograma para el seguimiento de los objetivos y la evaluación de los resultados obtenidos, que incluye la elaboración de los informes correspondientes, donde recoger las oportunidades de mejora detectadas y la evaluación del impacto en salud.

La implementación del Plan se desarrollará mediante la elaboración de Planes de acción anuales, priorizando intervenciones específicas a partir de las recomendaciones establecidas.

6. Líneas estratégicas y objetivos específicos

Se han considerado cuatro líneas estratégicas de las que derivan los objetivos específicos que se quieren conseguir.

<p>LINEA I: Coordinar la respuesta a la epidemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo 1: Coordinación nacional e internacional • Objetivo 2: Sistemas de información 	<p>LINEA II: Promover la salud y prevenir la infección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo 3: Promoción de la salud • Objetivo 4: Prevención primaria • Objetivo 5: Prevención secundaria • Objetivo 6: Prevención terciaria 	<p>LINEA III: Mejorar los resultados en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo 7: Tratamiento • Objetivo 8: Seguimiento y cuidados 	<p>LINEA IV: Garantizar el acceso igualitario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo 9: Derechos • Objetivo 10: Accesibilidad
--	---	--	---

OBJETIVOS ESPECIFICOS		EJES DE INTERVENCIÓN		
		EJE 1 Población general	EJE 2 Personas sexualmente activas con mayor riesgo de exposición al VIH y/o ITS	EJE 3 Personas con VIH y/o una ITS
LINEA I	1. Coordinación nacional e internacional			
	2. Sistemas de información			
LINEA II	3. Promoción de la salud			
	4. Prevención primaria			
	5. Prevención secundaria			
	6. Prevención terciaria			
LINEA III	7. Tratamiento			
	8. Seguimiento y cuidados			
LINEA IV	9. Derechos			
	10. Accesibilidad			

Línea estratégica I: Coordinar la respuesta a la epidemia

Objetivo 1. Favorecer la Coordinación nacional e internacional

La coordinación y colaboración entre las diferentes instituciones implicadas en la respuesta frente al VIH y otras ITS son un elemento clave para lograr mejorar la eficiencia de las actividades a desarrollar frente a la epidemia.

En 1987, por Acuerdo del Consejo de Ministros, se crea la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida (1), un organismo de coordinación interministerial, interautonómico, e interdisciplinar de los programas desarrollados por las Administraciones públicas para la prevención y control del VIH y el sida.

Las funciones de la Comisión Nacional corresponden a los siguientes organismos:

- Presidencia: Secretaria General del MSSSI.
- Vicepresidencia: Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación.
- Vocales pertenecientes al MSSSI: personas que ostentan las Direcciones Generales de Ordenación Profesional, Farmacia y Cartera de Servicios, Plan Nacional sobre Drogas y Dirección General para la Igualdad de Oportunidades.
- Vocales de otros departamentos ministeriales: Economía (ISCIII), Defensa, Educación, Cultura y Deporte, Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias) y Empleo y Seguridad Social.
- Vocales de otras instituciones: un representante de la administración sanitaria de cada una de las CCAA, de la administración local, y de diferentes organizaciones profesionales.
- Como invitados acuden representantes de las ONGs que forman el Comité Asesor y Consultivo de ONGs (COAC).

En 1993 mediante un Real Decreto 592/1993 de 23 de abril, (2), se adecuó tanto la composición de la Comisión Nacional como las funciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

Son funciones del Plan Nacional:

- Elaborar propuestas de actuación en relación con la prevención y control del VIH/Sida.
- Realizar estudios e informes que puedan contribuir a un mejor conocimiento de los diversos aspectos del VIH/Sida.
- Recopilar la información necesaria para facilitar la adopción de decisiones correspondientes a las actuaciones en materia de VIH/Sida.
- Satisfacer las demandas de información y asesoría en relación con las actividades de prevención y control del VIH/Sida.
- La coordinación y relaciones técnico-administrativas con organizaciones internacionales y organismos extranjeros.
- Proponer a los organismos correspondientes la actividad formativa prioritaria en materia de VIH/Sida.

Estas actividades se han plasmado en forma de planes multisectoriales o estrategias. El primer Plan Nacional frente a la epidemia, Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/Sida 1997-2000 (3), resultó crucial en la cooperación interinstitucional, ya que diseñó y puso en marcha los instrumentos necesarios para la colaboración entre las distintas instituciones públicas, e incrementó el compromiso de los distintos departamentos y sectores responsables de frenar el avance del VIH.

Los Planes sucesivos, mantuvieron ese papel de coordinación, liderazgo y compromiso adquirido en la Asamblea Mundial de la Salud de 1987. El Plan de 2008-2012, se orientó a impulsar, reunir y armonizar las actividades sectoriales de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dirigidas coordinadamente a detener la propagación de la infección, a velar por la calidad de los servicios sanitarios y sociales para las personas con VIH y mantener sus derechos con la lucha frente al estigma y la discriminación (4).

El nuevo Plan Estratégico de prevención y control de la infección por VIH y otras ITS, 2013 -2016, liderado y coordinado desde el Plan Nacional sobre el Sida, pretende dar continuidad a la labor de coordinación y cooperación de los Planes anteriores y buscar acciones sinérgicas con otros programas de salud pública para la reducción de desigualdades en salud, enfocadas en los aspectos predominantes de la situación epidemiológica y que permitan abordar la salud sexual en su conjunto y de forma integral.

En definitiva, es el resultado del trabajo conjunto, tanto de las administraciones públicas nacional y autonómica, como de las sociedades científicas y profesionales, y de la participación ciudadana, incluyendo a los propios afectados, a través de las ONGS.

1. Coordinación nacional

1.1. CCAA

La Administración General del Estado ostenta la competencia exclusiva sobre las bases y la coordinación general de sanidad y las CCAA la gestión y planificación de las políticas de salud pública (5).

Siguiendo el esquema de la distribución de competencias, la respuesta a la epidemia se coordina desde el Plan Nacional sobre el Sida, ofreciendo el apoyo, el liderazgo, la calidad técnica, la armonización de objetivos añadiendo cobertura nacional a algunas actividades con el fin de que tengan el impacto necesario para hacer más efectiva la prevención y el control de la infección por VIH.

Un elemento fundamental de ésta coordinación son las reuniones periódicas que se mantienen con el fin de adaptar los programas a las características de la epidemia en sus territorios.

En las reuniones de coordinación se analiza la tendencia de la epidemia, se establecen las prioridades programáticas y se acuerdan actividades conjuntas a implementar, tanto en las poblaciones más vulnerables y en mayor riesgo, como en la población general. Igualmente es fundamental su papel en la vigilancia epidemiológica del VIH y el sida y en la vigilancia de conductas recogiendo y agregando los datos para la notificación nacional.

Es esencial la recogida sistemática de datos que se realiza para la elaboración del Informe del Cuestionario de Actividades de las CCAA en Prevención y Apoyo Psicosocial (ICAP), así como la Memoria de Actividades, en la que describen las nuevas actividades que se inician en el año de la notificación.

1.2. Otras administraciones e instituciones

La respuesta multisectorial a la epidemia incluye la coordinación con otras direcciones generales del propio Ministerio, y con otros departamentos ministeriales y organismos de la Administración del Estado, tal y como se refleja en la composición de la citada Comisión Nacional.

El trabajo coordinado desde el Plan Nacional del Sida es prioritario para desarrollar las actividades de prevención, vigilancia epidemiológica y control de la infección por VIH, integrando las actividades de los distintos departamentos ministeriales, CCAA (Planes autonómicos de VIH/Sida) y otras instituciones, para optimizar los recursos y consensuar los objetivos que se desea conseguir, contando con la cooperación imprescindible de los

técnicos de las distintas administraciones públicas y de los centros de investigación.

No hay que olvidar el papel de los colegios profesionales representados en la Comisión Nacional, y entre ellos merece una especial mención el papel de los farmacéuticos en la prevención de la infección por VIH en los UDI, con la participación en los programas de reducción de daños y en la reducción del retraso diagnóstico con la realización de pruebas rápidas, así como el de la Sanidad Penitenciaria

Hay que continuar trabajando en las sinergias con el sector privado, siguiendo las recomendaciones internacionales, de forma que se logre una mayor implicación del mismo en la respuesta a la epidemia.

1.3. Profesionales sanitarios y sociedades científicas

Uno de los objetivos del Plan Nacional sobre el Sida en relación con la calidad asistencial, es: «Mantener la labor de asesoría sobre la tarea asistencial, mediante la elaboración de guías de práctica clínica, documentos de recomendaciones y documentos de consenso, fomentando adecuadamente el seguimiento de las directrices». Para ello es fundamental la colaboración de los profesionales sanitarios y de las sociedades científicas, tanto de las dedicadas al VIH/Sida, otras ITS, como de distintas especialidades relacionadas con la problemática asociada al VIH o al sida, incluyendo la atención primaria.

El Área Asistencial y de Investigación tiene como objetivo, por una parte, coordinar todas aquellas acciones que permitan profundizar en los aspectos clínicos, diagnósticos y de tratamiento del VIH y otras ITS y, por otra, fomentar y apoyar la investigación sobre estas infecciones. Su principal función es la relación con las diferentes sociedades científicas que trabajan en este ámbito.

Fruto de esta estrecha relación, es el desarrollo en los últimos años de una importante actividad científica, ejerciendo la labor de coordinación y participando en la elaboración de numerosos documentos técnicos relacionados con la asistencia del VIH que se han acordado por consenso y son un referente en la práctica clínica.

En el desarrollo de éste nuevo Plan Estratégico se profundizará en las alianzas con las sociedades científicas y ampliarlas tanto a la prevención como a los aspectos asistenciales y biopsicosociales que inciden actualmente en el abordaje de la epidemia en nuestro medio.

Igualmente es esencial el papel de los expertos y de las instituciones en las que trabajan ya que han aportado a las actividades del PNS su excelencia técnica, lo que redundará en una importante mejora de la calidad, tanto en las recomendaciones asistenciales como en los programas de prevención.

El objetivo para los próximos años es continuar con esta labor de coordinación y mantener la elaboración de documentos de consenso que repercutan de forma positiva en la calidad asistencial.

1.4. ONGs

En 1994 en la Declaración de la Cumbre de París sobre el Sida, se adoptaron los principios sobre una mayor participación de las personas con infección por el VIH y el sida, y se estableció que los gobiernos deben integrar plenamente a las ONGs, a los movimientos asociativos y a las personas con VIH en las acciones emprendidas por los poderes públicos, con el fin de asegurar la equidad de las políticas y programas relacionados con el VIH. Se logró así una respuesta basada en la exigencia del respeto y la garantía del cumplimiento de los derechos humanos, en la participación activa (empoderamiento) de los afectados y con una fuerte orientación social en la demanda de una asistencia sanitaria de calidad, pública, gratuita y universal.

El papel desempeñado por las ONGs en las actividades de información, prevención, consejo y apoyo psicosocial de las personas con infección por VIH en España ha ido creciendo a lo largo de los años, complementando el desarrollado por las administraciones públicas, y alcanzando sectores de la población más vulnerables y o en riesgo de exclusión social, a los que no se da cobertura desde los servicios y programas convencionales. Este papel es reconocido tanto por la sociedad civil como por los responsables institucionales y se plasma en la creación del Comité Asesor y Consultivo de ONGs (COAC), en el año 2009 como órgano de comunicación, colaboración y participación de las Organizaciones No Gubernamentales de sida (ONGS) con el Plan Nacional sobre el Sida (PNS), para el desarrollo del Plan Multi-sectorial frente a la infección por VIH y el sida 2008-2012. En la actualidad se ha modificado su funcionamiento para adaptarlo a esta nueva estrategia y sus objetivos son: Conocer y debatir las actuaciones del PNS que sean de especial importancia para la sociedad civil; proponer, promocionar y realizar propuestas, así como, cooperar con las iniciativas del PNS que considere pertinentes; analizar la situación en que se encuentra la respuesta a la epidemia, la atención a las personas con VIH, el estigma y la discriminación y el movimiento asociativo, conocer los presupuestos y las actividades programadas por el PNS

Entre las líneas de colaboración con las ONGs, desde el año 1994 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad financia con carácter anual actividades de prevención y control de la infección por VIH/Sida desarrolladas por entidades sin ánimo de lucro, por el procedimiento de concurrencia competitiva. Las bases reguladoras que regulan las subvenciones

incluyen los requisitos para obtener la condición de beneficiario, entre los cuales se encuentra la obligatoriedad de estar inscrito en el Registro Nacional de Asociaciones, estar al corriente de pago de las obligaciones con la Agencia Tributaria y la Seguridad Social (6). Todos los proyectos presentados tendrán en cuenta en su planteamiento criterios de calidad incluyendo la evaluación de los programas, la consideración de la perspectiva de género y la inclusión de acciones destinadas a eliminar o reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con infección por VIH. Además cada convocatoria establece las acciones prioritarias en función de las características de la epidemia, tales como la prevención en poblaciones más vulnerables, el diagnóstico precoz, el trabajo coordinado, la transferencia de conocimientos y el apoyo al seguimiento terapéutico, entre otras.

Otra línea de apoyo a las actividades de las ONGs por parte del Plan Nacional del Sida es su participación en el proceso de programas de cooperación y voluntariado sociales con cargo a la asignación tributaria del IRPF, destinados al apoyo a las personas con VIH/Sida mediante la inserción laboral y a la creación y mantenimiento de casas de acogida. Desde el Plan Nacional contra el Sida se evalúan los proyectos y se realiza la propuesta de asignación de fondos con respecto a la partida dedicada a los programas anteriormente citados.

2. Coordinación internacional

La respuesta frente al VIH/Sida no se entiende sin un compromiso político, tanto a nivel nacional como internacional. Desde el inicio de la epidemia los distintos organismos internacionales han realizado sucesivas declaraciones y han desarrollado estrategias dirigidas a orientar las intervenciones de los países para obtener los mejores resultados, ajustándolas a las necesidades nacionales y optimizando el uso de los recursos disponibles.

Desde que en el año 2001 se adoptaron los compromisos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (7) y la Declaración (8) en lo referente al VIH y sida, la situación internacional ha cambiado considerablemente, encontrándose la respuesta mundial al sida en un punto decisivo ya que únicamente un tercio de los que necesitan tratamiento lo están recibiendo (15 millones de personas) y las nuevas infecciones siguen superando al número de personas que inician el tratamiento, mientras que la tendencia al alza en la provisión de servicios se estancó en 2009. Por ello, es necesario llegar a una etapa de transición en la que el número de personas que contraigan la infección sea inferior al número de personas que inicia el tratamiento. Tal y como se estableció en la *Declaración Política de VIH y Sida: Intensificación*

de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/Sida en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el sida celebrada en Nueva York en junio de 2011.

Alcanzar este logro pasa por obtener mayor rentabilidad, intensificar las acciones que han demostrado ser eficaces y que los esfuerzos se centren en donde más los necesiten, tanto en países con epidemias generalizadas como en países con epidemias concentradas en comunidades específicas, como HSH, personas que ejercen la prostitución y sus clientes y usuarios de drogas inyectables.

España viene participando activamente en las distintas actividades de coordinación y cooperación internacional, y desde el Gobierno las actuaciones dirigidas a combatir el VIH/Sida se apoyan en las decisiones y medidas adoptadas internacionalmente con el compromiso de reducir las desigualdades existentes y contribuir con nuestros conocimientos a frenar el avance mundial de la epidemia.

Los principales compromisos adoptados con las diferentes organizaciones, son los siguientes:

2.1. ONUSIDA-Organización de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

La Declaración Política de VIH y Sida: Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/Sida se ha concretado en la Estrategia 2011-2015 «*Llegar a cero*» que recoge el compromiso mundial de

- Alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.
- Detener e invertir la propagación del VIH y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Esta estrategia se basa en tres ejes fundamentales: las personas, los países y las sinergias y se configura en tres direcciones estratégicas:

- Revolucionar la prevención del VIH.
- Impulsar la nueva generación del tratamiento, la atención y el apoyo.
- Promover el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH.

Para ello se definen diez objetivos agrupados en tres aspectos de la estrategia «*Llegar a cero*» para el año 2015:

- *Llegar a cero* nuevas infecciones
- *Llegar a cero* muertes relacionadas con el sida
- *Llegar a cero* discriminación.

Todo ello, contribuirá a que se analicen las deficiencias y oportunidades, a potenciar las acciones eficaces y a centrar los esfuerzos en garantizar que los recursos se utilicen de forma óptima.

La nueva Declaración política exige, al igual que la que se adoptó en 2001, que los países informen a la Secretaría de ONUSIDA de cómo van avanzando en la consecución de los nuevos compromisos mediante la cumplimentación de los indicadores de monitorización y la elaboración de los Informes de Progreso en la Respuesta a la Epidemia. Hasta el año 2012, los indicadores para la presentación sobre los avances de la respuesta mundial al sida (GARPR), previamente conocidos como UNGASS, solían notificarse a nivel mundial cada dos años. Sin embargo, a partir de 2013 los datos se recopilan de forma anual y se materializarán en el *Informe sobre los avances en la respuesta mundial al VIH y el Sida*, este documento incluye:

- Los indicadores básicos de los 10 objetivos para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el Sida y el VIH de 2011
- El Informe Nacional sobre los progresos realizados,
- La matriz de financiación nacional para 2014
- El Instrumento de Compromiso y Políticas Nacionales de 2014 (ICPN) tanto en su parte Gubernamental como en su parte dirigida a la Sociedad Civil

Los 10 objetivos y compromisos de erradicación son:

1. Reducir la transmisión sexual del VIH en un 50% para 2015.
2. Reducir la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas en un 50% para 2015.
3. Eliminar los nuevos casos de infección por VIH entre los niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida.
4. Alcanzar a 15 millones de personas que viven con el VIH con el tratamiento antirretroviral que pueda salvarles la vida para 2015.
5. Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para 2015.
6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en países de ingresos bajos y medios.

7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas para protegerse a sí mismas frente al VIH.
8. Erradicar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
9. Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH.
10. Eliminar los sistemas paralelos de servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial.

2.2. Fondo mundial contra el VIH, la tuberculosis y la malaria

El Fondo Mundial (10) es una organización financiera internacional que lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria con un enfoque del siglo XXI: colaboración, transparencia, aprendizaje constante y financiación basada en los resultados.

Fue creado en 2002 con el objetivo de aumentar los recursos dedicados a controlar las tres pandemias. Promueve la asociación entre el Gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas por las enfermedades. El Fondo Mundial no administra ni ejecuta programas sobre el terreno sino que delega estas funciones en expertos locales. Trabaja con asociados para asegurarse de que los fondos concedidos se destinan a los hombres, mujeres y niños afectados por estas enfermedades de la forma más eficaz.

La actuación de El Fondo Mundial se basa en tres principios clave:

1. Implicación del país – Lo que significa que los países beneficiarios establecen sus propias soluciones para combatir estas tres enfermedades y asumen la plena responsabilidad de poner en práctica las acciones que crean oportunas. De esta manera, cada país puede adaptar su respuesta a su propio contexto político, cultural y epidemiológico.

2. Financiación basada en el desempeño – Se refiere a que si bien la financiación inicial se concede en función de la solidez de una propuesta, la continuación de la misma depende de la demostración de resultados probados, de la justificación de los gastos y de los resultados que se han obtenido con esos fondos.

3. Asociación – La única manera de derrotar las tres infecciones es trabajar juntos. El modelo operativo del Fondo se basa en que todas las

partes interesadas trabajan juntas, incluidos el Gobierno, la sociedad civil, las comunidades que viven con la enfermedad, los asociados técnicos, el sector privado, las organizaciones confesionales, el mundo académico y otros organismos bilaterales y multilaterales. Todos aquellos que están comprometidos en esta lucha deben participar en el proceso de toma de decisiones.

El Fondo Mundial depende de contribuciones financieras voluntarias procedentes de todos los sectores de la sociedad (gobiernos, sector privado, empresas sociales, fundaciones filantrópicas y personas individuales).

Desde su fundación, el Fondo Mundial se convirtió en el principal organismo que financia multilateralmente la salud mundial, canalizando el 21% de la financiación internacional destinada a la lucha contra el sida. Entre sus logros está el tratamiento antirretroviral para el sida de 6,1 millones de personas.

2.3. OMS – Organización Mundial de la Salud

La Estrategia Global del Sector Salud en VIH/Sida, 2011-2015 (11): sus metas son consistentes con la estrategia de ONUSIDA para el mismo periodo «*Llegar a cero*», en un mundo en el que las personas con VIH son capaces de vivir más con una mejor calidad de vida.

Sus compromisos internacionales son, alcanzar el acceso universal a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para todo el que lo necesite y contribuir a alcanzar el objetivo 6 de la Declaración del Milenio y sus acciones para 2015.

Las principales acciones para el año 2015 son:

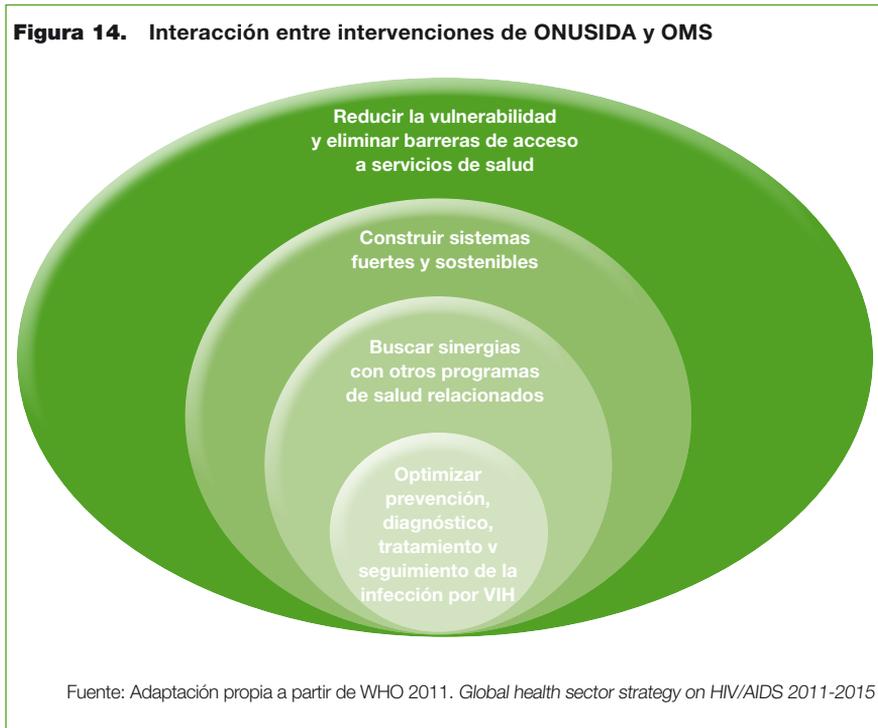
- Reducir las nuevas infecciones en un 50% en jóvenes entre 15 y 24 años.
- Eliminar las nuevas infecciones en niños en un 90%.
- Reducir la mortalidad relacionada con el VIH en un 25%.
- Reducir la mortalidad relacionada con la tuberculosis en un 50%.

Las cuatro direcciones estratégicas están enfocadas en:

1. Optimizar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, con la mejora de la calidad de las intervenciones, con una mayor eficacia, cobertura e identificando nuevas intervenciones.
2. Buscar sinergias entre el VIH y otros programas de salud relacionados, especialmente dirigidos a la salud sexual y reproductiva, a la tuberculosis, drogodependencia, nutrición.

3. Construir sistemas fuertes y sostenibles que sean accesibles.
4. Reducir la vulnerabilidad y eliminar barreras estructurales para el acceso a los servicios, que sirva para alcanzar el acceso igualitario a los servicios de salud, a la vez que se protejan los derechos humanos de las poblaciones clave.

Las relaciones entre las cuatro estrategias se observan en la siguiente figura, en la que se conjuntan las acciones de ONUSIDA y la OMS (11)



Para la implantación de esta estrategia es imprescindible conocer la epidemia y evaluar si la respuesta cubre todas las necesidades detectadas. La implicación de las personas afectadas y de la sociedad civil es clave en esta respuesta, ya que tienen más fácil acceso a las poblaciones marginalizadas y vulnerables.

En el año 2011 el Comité Regional para Europa de la OMS, publicó El Plan Europeo para el VIH/Sida 2012-2015 (12), como una llamada a la acción para los 53 países que integran la región y entre sus retos se encuentran:

controlar el incremento del número de nuevos casos de VIH, las desigualdades sociales, las barreras estructurales que impiden a las poblaciones con alto riesgo el acceso a la prevención, al tratamiento y a los cuidados, el bajo porcentaje de cobertura de TAR en algunos países, el impacto en el control de la tuberculosis, las hepatitis virales y otras enfermedades infecciosas, y el considerable impacto en los sistemas de salud.

Al igual que con ONUSIDA, a la OMS se le notifican anualmente los indicadores sobre el acceso universal al sector de la salud. Esta notificación se hace en una plataforma conjunta con ONUSIDA.

2.4. OPS – Organización Panamericana de la Salud

España es un país observador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y colabora a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), en las actividades que, en materia sanitaria, desarrolla la OPS en áreas específicas de interés común.

En la actualidad la OPS está implementando su *Plan Estratégico Regional de la OPS para el Control de la Infección por el VIH/Sida y las infecciones de transmisión sexual 2006-2015* (13), que ofrece un marco a la región para que se organice una respuesta más eficaz a la epidemia. Su objetivo para 2015 es detener y comenzar a revertir en la Región la propagación del VIH, así como de las ITS mediante la provisión de acceso universal a los servicios de prevención, atención y tratamiento.

El Plan comprende cinco líneas generales:

- Fortalecer el liderazgo y guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil
- Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles frente a VIH/Sida e ITS y formar la capacidad de recursos humanos
- Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud
- Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos
- Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión.

La evaluación abarca el periodo 2006-2011 y se realizó de marzo a junio de 2012. Su objetivo era determinar los logros y restos de la respuesta regional a la epidemia y la ejecución del plan, y actualizar las prioridades, estrategias y metas; así como la cooperación de la OPS.

Se realizó una evaluación de procesos y resultados, con una revisión de los planes nacionales y subregionales, incluyendo los informes y orienta-

ciones técnicas regionales y mundiales (OMS, ONUSIDA). Se trató de un proceso integral en el que participaron todos los agentes involucrados en la respuesta a la epidemia, tanto a nivel sanitario, político, como de la sociedad civil, mediante encuestas a través del correo electrónico y entrevistas telefónicas. La tasa general de respuesta fue muy alta (80%).

Aunque este informe no incluyó una revisión exhaustiva, se pudo concluir que todas las metas e hitos de la estrategia se habían ejecutado durante el periodo de evaluación. Por tanto, el Plan ha servido como base para el desarrollo de planes subregionales y nacionales estratégicos y ha supuesto que se incluya el VIH en la agenda política incluyendo las poblaciones más vulnerables a la infección, como los homosexuales, las personas que ejercen la prostitución tanto masculinas como femeninas, personas privadas de libertad, consumidores de drogas y personas transgénero. También se ha observado un aumento en la participación de la sociedad civil.

En cuanto a la contribución de la OPS a la respuesta a la epidemia y la percepción a nivel regional de su papel, su liderazgo fue muy apreciado, así como la calidad de los documentos técnicos elaborados fue destacada.

También se valoró muy positivamente el abordaje de temas sensibles como la salud de los hombres que tiene relaciones homosexuales, las personas transgénero y el respeto a los derechos humanos, el estigma y la discriminación e igualmente las cuatro prioridades programáticas: eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, el foco en poblaciones clave, la optimización de los tratamientos y la información estratégica.

España participó en la 28ª Conferencia Sanitaria Panamericana OPS, Washington DC, en septiembre 2012 en la que analizaron los datos de la evaluación a mitad de periodo de su Plan. La evaluación del Plan Estratégico Regional nos indica que su aplicación está siendo efectiva y que sirve a sus objetivos. Es de esperar que en su segundo periodo sea capaz de abordar los retos pendientes, fundamentalmente en la mejora de los servicios de información y en la oferta de una asistencia integral.

2.5. OIT – Organización Internacional del Trabajo

Desde 1988, año en el que se produjo la «Reunión Consultiva sobre el sida en el puesto de trabajo», promovida por la OMS y la OIT, en la ciudad de Ginebra, ambos organismos han elaborado diferentes documentos en forma de declaración o de recomendación sobre la necesidad de abordar el VIH como una cuestión de interés en el ámbito del trabajo.

El último y más reciente documento publicado por la OIT, es la *Recomendación sobre el VIH y el sida y el mundo del trabajo, 2010* (núm. 200),

primera norma de carácter internacional centrada en el VIH y el ámbito laboral, al reconocer que la respuesta al VIH y el sida contribuye a la realización de los derechos humanos, las libertades fundamentales y a la igualdad de género para todos, promoviendo de forma específica el empoderamiento de los trabajadores independientemente de su orientación sexual.

Esta Recomendación mantiene que el VIH y el sida deberían reconocerse y tratarse como una cuestión relativa al lugar de trabajo, considerando a todos los trabajadores independientemente de cualquier modalidad o régimen laboral y en todos los lugares de trabajo y sectores de actividad económica, incluidos los sectores privado y público, las economías formal e informal. Además por primera vez extiende su cobertura a las fuerzas armadas y los servicios uniformados.

La Recomendación está basada, entre otros principios en que el VIH y el sida suponen un grave impacto en la sociedad y las economías, en la medida en que inciden en el sector más productivo de la población activa; en que la pobreza, la desigualdad social y económica, el desempleo y la falta de información y de sensibilización aumentan el riesgo de transmisión del VIH y, finalmente, en que la estigmatización, la discriminación y la amenaza de perder el empleo que sufren las personas afectadas por el VIH o el sida constituyen obstáculos para que conozcan su propio estado serológico respecto del VIH, lo cual aumenta su vulnerabilidad y socava su derecho a prestaciones sociales.

Por ello, la OIT recomienda, entre otros aspectos, a sus estados miembros que el lugar de trabajo debe desempeñar una importante función en el acceso de los trabajadores, sus familias y las personas a su cargo a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH y el sida, así como que las medidas relacionadas con el VIH y el sida en el mundo del trabajo deberían formar parte de las políticas, estrategias y programas nacionales de desarrollo y de reducción de la pobreza, incluidos los relacionados con el trabajo, la educación, la protección social y la salud.

En este último aspecto, la OIT destaca la función específica de cooperación que deben desempeñar las organizaciones de empleadores y de trabajadores más representativas, las organizaciones que representan a personas que viven con el VIH y los medios de información públicos a la hora de promover y apoyar los esfuerzos nacionales e internacionales de respuesta al VIH y el sida que se despliegan en el mundo del trabajo. Igualmente, la Recomendación plantea la necesidad de diseñar, de forma concreta, planes de acción, programas y una legislación nacional adaptada.

Para su implantación por los estados miembro, la OIT pone a su disposición criterios de apoyo, tanto técnicos como económicos, a fin de que se cumplan y aborden los compromisos adquiridos a través de esta recomen-

dación y su flexibilidad. Además se elaboró una Resolución para acompañar a la Recomendación con el fin de promover su difusión e implementación.

2.6. Unión Europea

Comisión Europea

La infección del VIH continúa siendo un grave problema de salud pública tanto en la Unión Europea (UE) como en sus países vecinos. Contrariamente a la tendencia global, que muestra una disminución general en las nuevas infecciones, el número de casos nuevos notificados en Europa se está incrementando.

El artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea reconoce explícitamente que la actividad de la Unión debe complementar las políticas nacionales y se dirigirá a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades físicas y mentales y evitar las fuentes de peligro para la salud física y mental. Dado que el VIH/sida es una enfermedad transmisible necesita ser abordada mediante la coordinación de esfuerzos de los gobiernos nacionales.

La Comunicación de la Comisión «*Combatir el VIH/Sida en la Unión Europea y países vecinos 2009-2013*» (14) proporcionó un instrumento político para completar las políticas nacionales en VIH/Sida a nivel europeo y ha constituido la base de la acción desde el año 2009.

En el año 2013 el ECDC preparó un informe sobre la implementación de la Comunicación y del Plan de Acción. El informe subraya varios logros en el marco de políticas. Como ejemplo se identificó a la Comunicación como una importante herramienta para el liderazgo político, que se ha traducido en mantener al VIH y al sida en la agenda política y que ha sido utilizado por la sociedad civil como marco de debate tanto a nivel regional como nacional. El Think Tank y el Foro de la Sociedad Civil han sido probadas plataformas para el dialogo de políticas y el intercambio de información y experiencias, y ha ayudado a promover a lo largo de toda Europa tanto actividades como efectiva comunicación.

Además el informe identifica áreas adicionales que requieren continua atención y áreas, donde el progreso ha sido menos pronunciado. Entre estas incluyen: mantener el VIH y el sida visibles en la agenda política, vigilar la discriminación en relación con el VIH y el sida, alcanzar el acceso universal a la prueba voluntaria, tratamiento y atención, implementación de medidas de reducción del daño y reforzar la vigilancia de conductas.

Los principales objetivos fueron: Contribuir a reducir las nuevas infecciones por VIH, en todos los países europeos para 2013; Mejorar el acceso a la prevención, tratamiento, cuidados y apoyo y por último mejorar la calidad de vida de las personas, afectadas por el VIH o más vulnerables al mismo, en la Unión Europea y en los países vecinos.

La Comunicación se complementó con un Plan de Acción que contenía 50 actividades, que se estructuraban en 6 áreas clave:

1. Políticos, políticas e implicación de la sociedad civil, toda la sociedad y otros agentes.
2. Prevención.
3. Regiones prioritarias.
4. Grupos prioritarios.
5. Mejora del conocimiento
6. Monitorización y evaluación.

Entre agosto y noviembre de 2013, se realizó un proceso de consulta que incluía Servicios de la Comisión, el Think Tank de VIH/Sida, el Foro de la Sociedad civil, la OMS y ONUSIDA, para la realización de la evaluación cualitativa de la Comunicación. Las acciones que se ha identificado que requieren continuidad o mejora incluyen, el liderazgo político, el estigma y la discriminación, el tratamiento como prevención y la atención a las coinfecciones.

Por tanto, el 14 de marzo de 2014, la Comisión Europea decidió prorrogar la Comunicación de la Comisión Combatir el VIH/Sida en la Unión Europea y Países vecinos, 2009-2013 y el Plan de Acción entre los años 2014-2016 (15), con la consideración que tanto los objetivos como el Plan de acción eran todavía válidos y relevantes. Además se ha ampliado el ámbito de acción del mismo, por lo tanto incluye los países miembro de la UE, países pertenecientes a EEA/EFTA, países vecinos, denominados EU *Enlargement*, países incluidos en la *European neighbourhood Policy*, especialmente países del este que bordean la UE y la Federación Rusa.

Think Tank

El Think Tank es un foro para intercambiar información entre la Comisión, los Estados Miembros, países candidatos, los países de EEA/EFTA y organizaciones internacionales y regionales, asistiendo como invitados ONGs paneuropeas. Y juega un importante papel en la definición de prioridades en las políticas de VIH/Sida en la UE y sus países vecinos

Fue creado en abril de 2004 por el Alto Comité de Salud para seguimiento de la Declaración de Dublín (16), adoptada en febrero de ese mismo año y se nombra como órgano coordinador a la Dirección General de Salud y Consumo (DG SANCO).

El mandato de este grupo consistió en:

- Intercambiar información y contribuir a una coordinada aproximación a la lucha contra la epidemia, enfocada a los países miembros de la UE y países vecinos.
- Servir como un órgano de consulta informal entre la Comisión, los países miembros, los candidatos y los países pertenecientes a EEA/EFTA

Declaración de Dublín

La *Declaración de Dublín de colaboración en la lucha contra el VIH en Europa y Asia Central*, adoptada en 2004, fue la primera de una serie de declaraciones que consideraban el VIH como una prioridad política para los países de la región, y establecían el compromiso de todos los firmantes para actuar de forma conjunta en el abordaje de la epidemia, además de establecer una serie de acciones dirigidas a lograr el cumplimiento de ese compromiso. Los países se comprometían también a monitorizar y evaluar la implementación de las acciones recogidas en la Declaración (16). La monitorización comenzó en 2007 y los progresos obtenidos se han recogido en informes sucesivos del ECDC, encargado de monitorizar y evaluar (M&E) los progresos realizados bajo esta declaración.

La implicación del PNS en la Declaración se centra en la elaboración de los cuestionarios de recogida de datos como miembros del Grupo Asesor (*Advisory Group*) para su M&E y la elaboración de informes. Así mismo, se cumplimentan los indicadores de respuesta epidemiológica, de prevención y asistencia en VIH y sida y el Índice Europeo de Políticas Compuestas

ECDC – Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades

El *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC en sus siglas en inglés), que se puso en marcha en 2005, es una agencia de la UE cuya misión es identificar, evaluar y comunicar los peligros para la salud humana, presentes y futuros, derivados de las enfermedades infecciosas (17). Para alcanzar este objetivo el ECDC trabaja en colaboración con los centros de salud pública de los estados miembros, al objeto de fortalecer y desarrollar

sistemas de vigilancia y alerta temprana de ámbito continental para las diferentes enfermedades.

En consonancia con la misión del ECDC, el Plan Nacional sobre el Sida colabora con el Centro en las siguientes actividades:

- Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH: anualmente se envían los datos de vigilancia de nuevos diagnósticos de VIH y otras ITS y de nuevos casos de sida, participando en su control de calidad y en la revisión de los informes que generan.
- Participación en la plataforma europea EPIS-STI Alert, de alertas epidemiológicas y consultas técnicas.
- Participación en el *Coordination Group* de la Red de Vigilancia Europea de la infección por VIH.
- Participación en el *Advisory Committee* de Seguimiento y Monitorización de la Declaración Dublín.
- Aporte de los datos de España a la Monitorización y Evaluación de la Declaración de Dublín, así como del Índice Europeo de Políticas Compuestas.
- Participación en Grupos de Expertos para el desarrollo de documentos de evaluación de riesgo ante situaciones puntuales, documentos de recomendaciones e informes científicos.
- Contestación a Encuestas «*Ad hoc*»

2.7. Foro Sociedad Civil

El Foro de la Sociedad Civil en VIH/Sida (FSC) es un órgano consultor informal creado en 2005 por la Unión Europea para facilitar la participación de las ONGs y sus redes de trabajo, incluyendo las entidades que representan a las personas infectadas con VIH, en el desarrollo de las políticas europeas y en la implementación y el intercambio de información (18).

Está asociado con los trabajos que se desarrollan en el «Think Tank» y facilita consejo en los temas que se discuten en este grupo. Las reuniones FSC son organizadas por la Comisión Europea y federaciones o entidades que representan a la sociedad civil en el Think Tank. Sus miembros pertenecen a todos los países europeos y son seleccionados por la Comisión mediante convocatorias para las federaciones de ONGs y entidades a nivel europeo.

2.8. Programa ESTHER

El Programa ESTHER (Programa de Formación de profesionales a nivel hospitalario en infección por el VIH) España forma parte de la Alianza

europea ESTHER que surgió en el marco de la Sesión Especial sobre sida de la Asamblea General de Naciones Unidas en junio de 2001 en Nueva York, a propuesta del Ministerio de Sanidad francés (19). Desde entonces cuatro países lideran el proyecto, Francia, España, Italia y Luxemburgo. Actualmente está conformada por dieciséis países europeos. En el caso de España, el programa se enmarca en el ámbito del fortalecimiento de los recursos humanos en salud en los países de América Latina y tiene como objetivo generar una red de profesionales de salud que trabajan en la atención de pacientes con infección por VIH en hospitales de 2º y 3º nivel para el intercambio de formación e información actualizada, basada en la evidencia científica y la realización de estudios de investigación en dicho ámbito.

El programa está basado en una relación bilateral entre ministerios de salud con el que se pretende contribuir al aumento de las capacidades de los recursos humanos implicados en la atención del VIH a través de actividades formativas, intercambio de conocimientos y realización de proyectos de investigación. Las acciones que se llevan a cabo son talleres de formación en los países socios impartidos por profesionales españoles voluntarios, rotaciones de 5 semanas de duración en los hospitales españoles de profesionales procedentes de los países socios, master online de 1850 horas (1450 teóricas y 300 prácticas no presenciales) acreditado por la Universidad Rey Juan Carlos, apoyo en la resolución de casos clínicos, apoyo en la elaboración y/o actualización de guías de práctica clínica y realización de proyectos de investigación.

El éxito del proyecto ESTHER-España viene dado por la continuidad de las acciones y por la realización de forma simultánea de diferentes mecanismos de formación a través de la participación de los ministerios de sanidad y con implicación directa de los responsables de los Programas de sida en la realización de las actividades a desarrollar en cada uno de sus países.

Desde el año 2002 se han alcanzado los siguientes resultados: 24 talleres en terreno, 47 rotaciones de profesionales latinoamericanos en hospitales españoles, 684 profesionales han finalizado las 3 ediciones del master online, se ha apoyado en la resolución de 201 casos clínicos, se han puesto en marcha 7 proyectos de investigación y se han publicado 4 artículos en revistas científicas.

Es objetivo del PNS es continuar con la formación de los profesionales tanto en el terreno como con la puesta en marcha de la 4ª edición del master online sobre «Infección por el VIH». Para ello, contará con la colaboración de los profesionales españoles, y con la acreditación de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Bibliografía

1. Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de junio de 1987 por el que se crea la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida.
2. Real Decreto 592/1993, de 23 de abril, por el que se determina la composición y el funcionamiento de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida.
3. Plan Nacional sobre el Sida. Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/Sida 1997-2000. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1997.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. Madrid 2008.
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
6. Orden SAS/1462/2010, de 28 de mayo, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones a entidades de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, con destino a la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y SIDA.
7. Asamblea General de Naciones Unidas 55 sesión. Resolución A/55/L.2. Declaración del Milenio. Naciones Unidas. Nueva York, 2000.
8. Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/Sida. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Resolución A/RES/S-26//2. Junio de 2001.
9. Llegar a cero: Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA) para 2011-2015.
10. Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria <http://www.theglobalfund.org/es/about/diseases/>
11. Global Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015. World Health Organization. Geneva 2011
12. European Action Plan for HIV/AIDS 2012-2015. World Health Organization. Regional Office for Europe. Denmark 2011.
13. Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015. Organización Panamericana de la Salud. Washington. Noviembre 2005.
14. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and the Social Committee and the Committee of the Regions. Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009-2013. Brussels 26.10.2009. COM (2009) 569.
15. Action Plan on HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2014-2016. European Commission. Brussels.2014. SDW 106.
16. Dublin Declaration. Conference «Breaking the Barriers – Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin, 24 February 2004.
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/Pages/index.aspx>

18. Civil Society Forum http://ec.europa.eu/health/sti_prevention/hiv_aids/civil_society_forum/index_en.htm
19. ESTHER ALLIANCE. <http://www.esther.ie/eu-esther-alliance/>

Línea estratégica I: Coordinar la respuesta a la epidemia

Objetivo 2. Adaptar los sistemas de información a las necesidades en la respuesta a la epidemia de VIH y otras ITS

Antecedentes

Los sistemas de información sobre actividades de promoción, prevención, tratamiento y vigilancia epidemiológica del VIH y otras ITS, son fundamentales para conocer la situación de la epidemia y poder dar una respuesta adecuada a la misma.

En el *Informe de Evaluación del Plan Multisectorial de VIH/Sida 2008-2012*, se concluyó que era necesario mejorar los sistemas de información de prevención y de tratamiento y aumentar la cobertura de los sistemas de vigilancia epidemiológica como herramienta básica para cuantificar la magnitud del problema en España (1).

Con respecto a los sistemas de información de prevención, se ha previsto diseñar y desarrollar un procedimiento homogéneo de recogida de información sobre la prueba del VIH, tanto en entornos sanitarios como comunitarios (RedCo-VIH), y elaborar un mapa de centros de realización de la misma, con el objetivo de mejorar el sistema de notificación del número de pruebas de VIH realizadas en España.

En cuanto a los sistemas de información sobre asistencia se ha previsto diseñar e implementar un sistema de información que permita recoger el consumo hospitalario de fármacos antirretrovirales: el tipo y combinaciones, el gasto, y el número de pacientes en tratamiento, con el objeto objetivo de aumentar la calidad de la asistencia a los pacientes.

Sistemas de información epidemiológica de la infección por el VIH

Todos los países de la UE/AEE presentan epidemias de VIH concentradas, es decir, la mayor parte de las infecciones se producen en determinados grupos de población. Por ello, desde que se responsabilizó de la vigilancia de la

infección por VIH en Europa, el ECDC promovió los principios de vigilancia epidemiológica de segunda generación, más adecuados para responder a este tipo de epidemias (2,3). Según ONUSIDA/OMS, en estas circunstancias se deben priorizar las siguientes actividades (4):

- Notificación de casos de nuevos diagnósticos de VIH y de casos de sida.
- Encuestas sobre conductas de riesgo en poblaciones clave que presenten alta frecuencia de conductas de riesgo.
- Vigilancia biológica centinela de la infección por VIH y otras ITS, centrada en las poblaciones de mayor riesgo.
- Notificación de casos de ITS.
- Vigilancia centinela de la infección por VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas.
- Estimación del tamaño de las poblaciones clave en mayor riesgo de infección.

En España, las infecciones por VIH se concentran sobre todo en los HSH, los UDI/exUDI, las personas que ejercen la prostitución (en particular los HSH o las mujeres transexuales) y algunos subgrupos de inmigrantes, principalmente los originarios de países de alta prevalencia y los HSH latinos. Para responder a la situación, la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH ha evolucionado siguiendo las premisas definidas previamente, aunque el desarrollo de los distintos componentes es variable.

Por otra parte, estudios recientes han puesto de relieve la importancia de alcanzar la máxima efectividad del TAR para el control de la epidemia, por lo que obtener información sobre las personas con VIH y conocer la forma de acceso al sistema sanitario y al tratamiento es de máxima relevancia.

A continuación se describe cada uno de los sistemas de información, con sus objetivos y utilidad de salud pública.

1. Notificación de nuevos diagnósticos de VIH y de casos de sida:

Recoge información sobre dos eventos biológicos muy relevantes en la historia natural de la infección por VIH a través de registros poblacionales

1.1. Sistema de información de nuevos diagnósticos de infección por VIH (SINIVIH)

Objetivos:

- Cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por VIH y su tendencia.

- Caracterizar a las personas recientemente diagnosticadas.
- Aproximarse al conocimiento de las personas recientemente infectadas.
- Contribuir a la vigilancia epidemiológica, tanto a nivel nacional como internacional.

Utilidad de Salud Pública: actualmente es la información que más se aproxima a la incidencia de VIH en España, y es necesaria para evaluar la magnitud de la epidemia, aproximarse al conocimiento de las personas recientemente infectadas y medir la eficacia de las medidas de prevención. Asimismo, se precisa para planificar los recursos de prevención y asistenciales y definir prioridades de intervención.

1.2. Registro Nacional de Casos de Sida (RNCS)

Objetivos:

- Cuantificar los nuevos diagnósticos de sida y su tendencia.
- Caracterizar a las personas que desarrollan sida.
- Contribuir a la vigilancia epidemiológica, tanto a nivel nacional como internacional.

Utilidad de Salud Pública: permite identificar a las personas que han alcanzado una fase avanzada de la infección por VIH y evaluar la efectividad del TAR. Importante para evaluar barreras de acceso al TAR y/o problemas de adherencia.

2. Vigilancia centinela de la infección por VIH

La prevalencia de VIH se monitorizará en las siguientes poblaciones: donantes de sangre, madres de recién nacidos vivos, usuarios de clínicas de ITS o unidades de diagnóstico de VIH, pacientes con sífilis o gonococia, UDI que acceden a tratamiento y personas internas en instituciones penitenciarias. Todos los sistemas se gestionan por el Plan Nacional del Sida, excepto la monitorización de la prevalencia en donantes, UDI e internos penitenciarios que dependen respectivamente del Área de Hemoterapia en la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, del Plan Nacional Sobre Drogas y de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de VIH y su tendencia en donantes de sangre, madres de recién nacidos vivos, usuarios de centros específicos de VIH/ITS, pacientes con sífilis o gonococia, UDI que solicitan tratamiento por su adicción e internos en instituciones penitenciarias.
- Caracterizar a los nuevos diagnósticos de VIH en usuarios de centros de VIH/ITS.
- Caracterizar a los pacientes con sífilis y/o gonococia coinfectados con VIH.
- Caracterizar a los internos infectados con VIH en Instituciones penitencias de toda España, excepto Cataluña (que tiene un sistema de información específico).

Utilidad de Salud Pública:

- La prevalencia en madres de recién nacidos vivos es la mejor aproximación disponible a la de las mujeres embarazadas, que a su vez permite estimar cuantos niños podrían nacer infectados en el país.
- La prevalencia en madres de recién nacidos vivos suele utilizarse como *proxy* de la prevalencia en población heterosexual sin riesgo conocido.
- La monitorización en usuarios de centros de VIH/ITS permite conocer la carga de enfermedad en poblaciones altamente vulnerables y de difícil acceso que se realizan voluntariamente la prueba en estos centros. Monitorizar la seroprevalencia de VIH en estos grupos es un elemento esencial de la vigilancia del VIH.
- El conocimiento de la prevalencia en UDI que solicitan tratamiento es esencial en la epidemia española, cuyo inicio y expansión estuvo muy ligado a la transmisión por material para la inyección de drogas. Por otra parte, los UDI son el grupo vulnerable más representado entre las personas internas en prisiones, razón por la cual conocer la prevalencia entre estos no sólo sirve para monitorizar las medidas de prevención implantadas en ese ámbito, sino que refleja indirectamente la evolución de esta forma de transmisión.
- La información sobre seroprevalencia obtenidas con estos sistemas es imprescindible para realizar las estimaciones globales de prevalencia de VIH en España, solicitadas bianualmente por ONUSIDA.
- La información sobre seroprevalencia en distintos grupos es imprescindible para obtener varios indicadores UNGASS requeridos para evaluar la respuesta a la epidemia.

3. Vigilancia de conductas de riesgo

Recoge información sobre conductas de riesgo para la infección por VIH y otras ITS en distintos grupos vulnerables.

La vigilancia de las ITS bacterianas es a su vez, un instrumento eficaz de la vigilancia de conductas de riesgo para el VIH (5,6).

En España se prevé realizar las siguientes actividades de vigilancia de conductas:

3.1. HSH (Encuesta EMIS)

Objetivos:

- Describir las conductas de riesgo para el VIH y otras ITS en HSH.
- Describir los antecedentes de infección por VIH/ITS en HSH.
- Identificar las necesidades de prevención, relativas al VIH e ITS, de los HSH.
- Describir la utilización de servicios sanitarios para VIH/ITS entre HSH.

Utilidad de Salud Pública

Esta información es clave para desarrollar intervenciones preventivas y asistenciales sobre VIH y otras ITS en HSH, grupo que actualmente es el más determinante para la evolución de la epidemia en España. Adicionalmente, identificar subgrupos de HSH especialmente vulnerables al VIH/ITS es esencial para dirigir las acciones preventivo-asistenciales de forma efectiva, y utilizar los recursos eficientemente.

3.2. Usuarios de la Red EPI-VIH

Objetivos:

- Estudiar la frecuencia de conductas de riesgo para el VIH/ITS en usuarios de la red de centros específicos de ITS/VIH (Red EPI-VIH).
- Analizar, los factores asociados con la no utilización de preservativo en el último acto sexual (vaginal/anal/oral) con: pareja estable, pareja ocasional y pareja comercial.

- Analizar los factores asociados con el uso compartido de material de inyección para drogas en los últimos seis meses.
- Analizar los factores asociados con la infección por VIH.
- Evaluar la factibilidad de realizar periódicamente estudios para la monitorización de las conductas de riesgo en la Red Epi-VIH.

Utilidad de Salud Pública: los solicitantes de asistencia en centros de ITS y los que se realizan la prueba del VIH en ellos, probablemente han tenido conductas de riesgo para el VIH/ITS, por lo que establecer la frecuencia de estas conductas es importante para estimar la evolución futura de la infección.

4. Monitorización de la situación de las personas con VIH

Estudios recientes muestran que las personas con infección por VIH que están adecuadamente tratadas reducen su capacidad de transmisión hasta en un 96%, lo que implica que monitorizar la situación de los pacientes es esencial, también por razones de salud pública (7)

En el Plan 2013-2016 se prevé monitorizar los siguientes parámetros clínicos en las personas infectados:

- Nivel de CD4 en la primera determinación tras el diagnóstico: se utiliza para medir el diagnóstico tardío (o presentación tardía) del paciente y su vinculación al sistema sanitario («linkage to care» en inglés). La fuente de estos datos es el SINIVIH.
- Nivel de CD4 en la última determinación realizada: sirve para medir la efectividad del tratamiento.
- Carga viral en la última determinación realizada: sirve para medir la efectividad del tratamiento y el potencial infeccioso del paciente.

La fuente del nivel de CD4 y de la carga viral se recoge en la Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH tratados en hospitales públicos que se describe en el siguiente epígrafe.

4.1. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH atendidos en los Hospitales Públicos

Objetivos:

- Describir las características clínicas y socio-demográficas de las personas con infección por VIH/Sida atendidas en los hospitales y su evolución temporal.

- Estimar la prevalencia de conductas de riesgo para el VIH en la población de estudio y su evolución temporal.
- Estimar la proporción de pacientes que siguen tratamiento antirretroviral y definir sus características.
- Estimar la proporción de pacientes con niveles de CD4 > 499/microlitro y carga viral < 200 copias, así como la evolución temporal de estos parámetros.
- Identificar las co-morbilidades más importantes en pacientes con VIH.

Utilidad de Salud Pública: monitorizar la evolución sociodemográfica y epidemiológica de las personas con VIH, y estimar tanto la ocurrencia de conductas de riesgo y de co-morbilidades entre ellas como la efectividad del tratamiento antirretroviral y su posible impacto en la prevención del VIH. Asimismo, esta información es útil para planificar recursos asistenciales y socio-sanitarios, y definir prioridades de prevención secundaria en este colectivo.

4.2. Morbilidad Hospitalaria en Pacientes con VIH – Análisis del CMBD

Objetivos:

- Describir la morbilidad hospitalaria de pacientes con infección por el VIH ingresados en los hospitales del SNS

Utilidad de Salud Pública: aporta datos sobre la utilización de recursos sanitarios y sobre la co-morbilidad en pacientes con VIH que han precisado ingreso hospitalario.

5. Monitorización de la mortalidad

5.1. Mortalidad por VIH/Sida

Las estadísticas de mortalidad según causas, publicadas por el INE, informan sobre las defunciones por VIH/Sida. Desde el Plan Nacional del Sida se analizan estos datos anualmente, permitiendo la comparación con otros problemas de salud pública.

Objetivos:

- Cuantificar las defunciones por VIH/Sida y su tendencia.
- Calcular las tasas de mortalidad por VIH/Sida y su tendencia.

- Caracterizar las defunciones atribuidas a VIH/Sida según variables de persona, lugar y tiempo.
- Contribuir a la vigilancia epidemiológica internacional.

Utilidad de Salud Pública: la monitorización de la mortalidad específica por VIH/Sida permite evaluar de forma indirecta la efectividad del TAR, y comparar la epidemia del VIH con otros problemas de salud pública.

5.2. Análisis de la mortalidad hospitalaria en pacientes con VIH/Sida a partir del CMBD

Objetivos:

- Estimar las muertes hospitalarias en pacientes infectados con VIH, relacionadas y no relacionadas con la infección, así como su tendencia
- Estimar la mortalidad proporcional por causa, relacionada y no relacionada con VIH, entre los pacientes con VIH que causan alta por fallecimiento en los hospitales públicos.

Utilidad de Salud Pública: la monitorización de mortalidad hospitalaria no asociada a VIH en pacientes con VIH es útil para evaluar el impacto de otros problemas de salud en este grupo de pacientes.

5.3. Análisis de las causas de mortalidad en personas con sida en España a partir de las distintas fuentes de información

Objetivos:

- Comparar las muertes proporcionadas por el Registro Nacional y las codificadas como VIH/Sida por el INE, estableciendo concordancias y divergencias entre ambas fuentes de información.
- Evaluar la evolución de la mortalidad entre los casos de Sida en España, tanto relacionada como no con Sida, desde el inicio de la epidemia, a partir de la información del Registro Nacional y la causa de muerte del INE.

Utilidad de Salud Pública:

- La información permitirá evaluar la calidad de las estadísticas de defunción por Sida en España y la posible subnotificación de casos al RNCS.

- Conocer la mortalidad por causa en pacientes con sida y su evolución, servirá de base para diseñar y evaluar políticas preventivas del VIH-Sida.
- Conocer la mortalidad por causa en pacientes con Sida y su tendencia también permitirá definir prioridades, en el seguimiento a largo plazo de los enfermos con VIH, sobre la necesidad de profilaxis, diagnóstico temprano y gestión clínica de otras patologías no relacionadas con la infección.

6. Otros sistemas de información epidemiológica

Además de los sistemas de información epidemiológica mencionados, se realizarán actividades para abordar otras materias de interés, como la obtención de información sobre resistencia a fármacos o la mejora de las estimaciones sobre la fracción no diagnosticada.

Sistemas de información epidemiológica sobre otras ITS

1.1. Vigilancia epidemiológica de los casos de sífilis, sífilis congénita, gonococia, clamidia y linfogranuloma venéreo:

Objetivos:

- Cuantificar y caracterizar los nuevos diagnósticos de sífilis, gonococia, sífilis congénita, clamidiasis y linfogranuloma venéreo.
- Monitorizar la tendencia de los nuevos casos de sífilis, gonococia, sífilis congénita, clamidiasis, y linfogranuloma venéreo en España.

Utilidad de Salud Pública: la monitorización de las tasas de incidencia notificadas de las ITS bacterianas permite evaluar la magnitud de las epidemias respectivas. Además es un indicador de alerta temprana de conductas de riesgo para el VIH, al compartir mecanismo de transmisión y por la estrecha relación existente entre el VIH y otras ITS.

1.2. Vigilancia centinela de los casos de sífilis y gonococia:

Objetivos:

- Caracterizar en profundidad los casos de sífilis y gonococia en poblaciones consideradas nucleares para la epidemiología de las ITS.

- Caracterizar en profundidad los casos de sífilis y gonococia en poblaciones consideradas «puente» para la epidemiología de las ITS.
- Caracterizar en profundidad los casos de sífilis y gonococia coinfectados con VIH.

Utilidad de Salud Pública: la información obtenida permite identificar los mecanismos de transmisión más relevantes en poblaciones nucleares para el VIH e ITS y analizar los factores asociados a la coinfección con VIH. Asimismo, permite caracterizar a las poblaciones «puente», esenciales en las dinámicas de transmisión a la población general.

1.3. Prevalencia de infección por clamidias en los centros de la red del EPI-ITS:

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de infección por *Chlamydia trachomatis* en personas que solicitan asistencia en estos centros.
- Describir las características de los pacientes con infección por *Chlamydia trachomatis* diagnosticados en los centros participantes.
- Determinar la prevalencia de coinfección VIH/ *Chlamydia trachomatis* y analizar sus factores asociados.

Utilidad de Salud Pública: la información aportada por este estudio permitirá un mejor conocimiento de la situación de la infección por *C. trachomatis* y de la coinfección con el VIH.

Bibliografía

1. Informe de Evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS_18DicbreActualizacionEpi.pdf
2. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. Initiating second generation surveillance systems: practical guidelines. UNAIDS/02.45E-WHO/HIV/2002.17. Geneva, 2002.
3. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. WHO/CDS/CSR/ED/200.5. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance: an update: Know your epidemic. Geneva, 2013.

4. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. Guidelines for effective use of data from HIV surveillance systems. Geneva, 2004.
5. OMS. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2006 2015: romper la cadena de transmisión. Ginebra, 2007.
6. WHO Regional Office for Europe. Scaling up sexually transmitted infection prevention and control in the WHO European Region. Technical Consultation. Ljubljana, Slovenia, 2-4 August 2010.
7. Cohen MS, Chen YQ, McCaulen M, *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New Engl J Med* 2011; 365:493–505.

Línea estratégica II: Promover la salud y prevenir la infección

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

Antecedentes

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca, no solo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para incrementar el control sobre su salud y mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Se trata en suma de un proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud, y en consecuencia, mejorarla. (1)

La Carta de Ottawa propone cinco áreas de acción para la promoción de la salud: establecer políticas públicas saludables, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales, y reorientar los servicios sanitarios (2).

En promoción de la salud uno de los aspectos fundamentales es el empoderamiento del paciente, que se define como un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud (1). A través de la educación y del asesoramiento o consejo sanitario se puede conseguir que la población cuente con la información y las herramientas necesarias, para que de forma responsable pueda tomar sus propias decisiones en relación con la salud. Deben hacerse esfuerzos para educar y motivar a las personas en la elección de opciones saludables a lo largo de toda su vida, especialmente en el caso de los jóvenes fomentando su autoestima, para que puedan llegar a ser adultos sanos. Las personas bien formadas son capaces de adoptar un papel activo para mejorar su propia salud, apoyar a sus familias y amigos a la hora de decidir sobre la suya, e incluso de liderar cambios de conducta o de comportamiento en la comunidad.

Para llegar a ello es imprescindible el conocimiento de la enfermedad, y en el caso del VIH y otras ITS, algunos aspectos básicos sobre los que la población debe estar informada son: en qué consisten estas infecciones,

cómo prevenirlas, sus consecuencias si se contraen, cómo tratarlas, y sus repercusiones sobre la propia vida y en el entorno socio-familiar.

Por tanto, fomentar el conocimiento sobre el VIH y otras ITS es fundamental para que las personas sean capaces de tomar decisiones meditadas con respecto a su propia salud sexual, adaptando los métodos de divulgación a sus valores, creencias y estilos de vida.

Esto no quiere decir que del conocimiento se desprendan necesariamente unas prácticas adecuadas, como sucede entre la población adolescente o joven, que a pesar de contar en su mayoría, con altos niveles de información sobre temas relacionados con la sexualidad no los ponen en práctica. (3)

Un principio básico insoslayable es la responsabilidad que cada persona tiene con respecto a sí misma para preservar su salud y contribuir a no empeorar la de otras, lo que en el caso de la infección por VIH o de otras ITS pasa por romper la cadena de transmisión mediante la prevención.

También es importante tener en cuenta que decidir es un proceso complejo, influenciado por distintos factores: personales, culturales, socioeconómicos y ambientales, y que la información, muchas veces difícil de comprender o de obtener, no basta por sí misma para modificar conductas. Por ello es necesario, partiendo de una población con el mejor nivel de educación posible, ofrecer información veraz, accesible y adaptada a su nivel sociocultural, además de promover iniciativas positivas en el entorno a través de las redes sociales o de los medios de comunicación, y contar con la participación de personas comprometidas con las políticas y programas de prevención del VIH y otras ITS.

En España, al igual que ha sucedido en otros países del entorno, la situación de la infección por VIH ha cambiado radicalmente en la última década. Gracias a los avances del tratamiento ha dejado de ser una enfermedad mortal para transformarse en una enfermedad de curso crónico, que con el control adecuado permite mejorar la calidad de vida, además de reducir su capacidad de transmisión.

Esta situación ha transformado la visión que la población tiene sobre la enfermedad, «el VIH ya no es una enfermedad mortal», y ha provocado una disminución de la percepción del riesgo de la población, especialmente dentro de algunos grupos, como los HSH y los jóvenes.

Por todo lo anterior es obligado replantearse las estrategias de promoción y prevención del VIH, priorizando en los entornos familiar, de ocio y escolar y prestando una especial atención en aquellos en los haya evidencia de que existen prácticas de riesgo. Estas estrategias deben centrarse en transmitir a la población que la enfermedad producida por el VIH sigue siendo grave, y sin el tratamiento adecuado, mortal. Se trata de una enfermedad de evolución crónica, con tratamiento de por vida y con una calidad de

vida condicionada, lo que tiene un impacto importante tanto desde el punto de vista económico como social. Se hace necesario por tanto, concienciar a la población de que lo mejor es prevenir la infección.

Conocimiento científico

Los diferentes planes o estrategias de algunos países de nuestro entorno socioeconómico consideran imprescindibles la información y educación sobre la enfermedad para obtener resultados en la prevención del VIH/otras ITS.

Una de las medidas fundamentales de la vigente *Estrategia Nacional contra el VIH/Sida* de EEUU, publicada en 2010, (4) incluye como una de sus medidas «Educar a todos los estadounidenses sobre la amenaza del VIH y las maneras de prevenirlo», ya que se entiende que para lograr una respuesta máxima, la población debe tener acceso a un nivel básico y común de información sobre la actual epidemia del VIH, lo que incluye conocer cómo se transmite y previene el VIH, y cuáles son las conductas de mayor riesgo.

El Plan Noruego, «*Acceptance and coping. National HIV Strategy. 2009-2014*» (3), incluye como uno de sus objetivos específicos aumentar el conocimiento y la concienciación sobre VIH/Sida en la población, ya que considera, por el número de afectados y las características de la enfermedad en su país, que el conocimiento general sobre el VIH ha disminuido en los últimos años, lo que se atribuye a la «desdramatización» de la enfermedad, a la existencia de los nuevos medicamentos frente al VIH, a la sobrecarga de información y a los nuevos patrones de comportamiento sexual. Considera que un elevado nivel de conocimientos sobre el VIH en la población general es crucial para prevenir las nuevas infecciones y para crear el mejor entorno posible para las personas con VIH.

La *Estrategia/ Plan de acción frente al VIH de Luxemburgo* (5) también introduce aspectos relacionados con la promoción, y hace referencia a la realización de acciones de sensibilización e información dirigidas periódicamente tanto a la población general como a algunos grupos específicos como son los adolescentes, las mujeres, los HSH, las personas que ejercen la prostitución y los UDIS.

En España los Planes desarrollados anteriormente ya recogían la importancia de la información y de la educación sanitaria de la población sobre el VIH para modificar las conductas, especialmente las prácticas que conllevan mayor riesgo, y para promover la adopción de medidas preventivas adecuadas.

La realidad es que, a pesar de los esfuerzos realizados para aumentar los niveles de conocimiento de la población sobre la infección, no siempre se

han conseguido los resultados deseados, lo que queda reflejado en la literatura científica tanto en España como en otros países.

Un estudio realizado en España, con el objetivo de evaluar los cambios producidos en los conocimientos, actitudes y hábitos de la población general frente a la infección por el VIH, mostró que a pesar de los esfuerzos realizados no se objetivaban progresos destacables ni en los conocimientos ni en las conductas de la población general sobre la infección por VIH. Se recordaban mejor las vías de transmisión y estrategias preventivas asociadas a los denominados «grupos de riesgo», y sin embargo, la comprensión de algunas estrategias preventivas relacionadas con la transmisión heterosexual era menor. Eran especialmente significativos algunos errores sobre los conocimientos de las vías de transmisión (6).

Otro estudio posterior, que entre otros objetivos pretendía explorar el grado de conocimiento de la población general sobre distintos aspectos de la infección por el VIH, encontró que aunque el conocimiento de la población española sobre las vías de transmisión del virus era bastante adecuado también se mantenían algunas creencias erróneas sobre la transmisión del mismo a través del contacto social. Así más de un 90% conocía que puede contraerse la infección al mantener relaciones sexuales sin usar preservativo o compartiendo jeringuillas o cuchillas, el 15% de la población consideraba bastante o muy probable la infección por VIH al compartir un vaso con alguien que ya tiene el virus, más del 17% creía que podría infectarse al compartir baños públicos, casi el 15% pensaba que podría infectarse a través de la tos o un estornudo, y el 34,4% que es bastante o muy probable infectarse por la picadura de un mosquito (7).

En cuanto a los adolescentes y jóvenes, a pesar de que tienen conocimientos sobre las conductas de riesgo para contraer ITS y los métodos de prevención disponibles, se objetiva que se exponen a situaciones de riesgo. Un estudio cualitativo realizado entre 2006 y 2008 mostraba que el factor más influyente para adoptar medidas preventivas era la percepción del riesgo de embarazo por su efecto inmediato. El riesgo de contraer una ITS se percibía como bajo, lo que obstaculiza la prevención, y se construía a partir de los conocimientos sobre el Sida. Los jóvenes y adolescentes consideraban que el VIH no les afecta, y que con las relaciones sexuales esporádicas es difícil infectarse. A pesar de su fácil acceso, el uso de los preservativos era esporádico. Justificaban las discrepancias entre actitudes y conductas basándose en la confianza en la otra persona, o en no controlar sus acciones por el consumo de alcohol. El estudio encontró además que la influencia del sistema sanitario sobre los conocimientos y la percepción del riesgo de las relaciones sexuales entre los jóvenes era escasa (8).

En el mismo sentido apuntaban los resultados de un estudio reciente, realizado entre estudiantes de educación secundaria (12-20 años) de

dos ciudades alemanas (9). Se evaluaban sus conocimientos sobre ITS a través de un cuestionario anónimo autoadministrado, y también fueron preguntados sobre el riesgo de sus compañeros para tener una infección por VIH, VPH, o clamidia, y a aquellos que manifestaban mantener relaciones sexuales, sobre su propio riesgo para contraer alguna de estas infecciones.

En general, el riesgo de infectarse por VIH fue percibido como más alto que el de otras ITS (VPH o clamidias), lo que probablemente fuese debido a que los estudiantes tenían mayor conocimiento de la infección por VIH que por los otros dos patógenos. Se encontró también que los estudiantes percibían un mayor riesgo de infección para sus compañeros que para sí mismos, hecho conocido como el «sesgo optimista» y que en la literatura aparece descrito en relación con situaciones controlables a través de la conducta.

En el caso del VIH, las campañas de información, especialmente en los países industrializados, han proporcionado conocimientos a la población sobre la infección y una alta percepción del riesgo, lo que no ha ocurrido con otras ITS, como las infecciones por clamidia y VPH, a pesar de ser las dos ITS más frecuentes entre adolescentes y jóvenes de dichos países

Se considera que la mejor estrategia de prevención del VIH/ otras ITS a largo plazo es la educación para la salud, junto con la promoción del sexo seguro. En el desarrollo de estas intervenciones son imprescindibles los profesionales sanitarios, tanto en Atención primaria como en especializada, y también en los Centros de ITS (10), además de los profesores de los distintos niveles educativos, sin olvidar las intervenciones de educación por pares desarrolladas en algunos entornos con menor accesibilidad.

Puntos Clave

- La población debe ser consciente de que tanto el VIH como las otras ITS, a pesar de los tratamientos disponibles, continúan siendo un problema importante de salud pública, por lo que es necesario facilitar el conocimiento de las medidas de prevención frente a estas infecciones y adquirir habilidades para protegerse cuando exista riesgo de transmisión.
- Todas las personas son susceptibles de infectarse por VIH y otras ITS, pero el riesgo es mayor cuando se realizan determinadas prácticas o conductas y se suman otros factores psicosociales.
- Un alto porcentaje de personas con infección por el VIH desconoce su situación, por lo que el riesgo de transmisión es importante si se practican relaciones de riesgo.

- La incidencia de las ITS está aumentando y sin el tratamiento adecuado estas infecciones pueden producir complicaciones graves. Además las ITS pueden aumentar la susceptibilidad al VIH.
- Como en muchas otras enfermedades, existe una responsabilidad individual y social en el caso del VIH y las ITS, cada persona debe autoproteger su salud, y al mismo tiempo, evitar la transmisión a las personas sin infección, tanto por las repercusiones humanas como económicas.
- Los responsables de los organismos competentes en educación y promoción de la salud deben trabajar de forma coordinada para proporcionar información objetiva y adecuada a la población sobre prevención del VIH y otras ITS, siendo muy importante informar sobre «como no se transmite» el VIH para rebatir falsas creencias.
- Es especialmente importante incidir en la promoción, la educación para la salud y el respeto a la diversidad sexual y sociocultural sobre el VIH y otras ITS tanto en la escuela como en el entorno familiar.
- Se hace necesario orientar las estrategias de promoción de la salud, basándose en la mejora del conocimiento sobre las actitudes y hábitos relevantes para la transmisión por VIH y otras ITS en la población general, con especial atención a los jóvenes.
- Se debe mantener la visibilidad de la epidemia como problema de salud pública a través de la difusión de la información en los medios de comunicación, tanto tradicionales como en las redes sociales.

Bibliografía

1. Glosario de Promoción de la Salud. OMS 1998. Traducción del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
2. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO Geneva, 1986.
3. Norwegian Ministries. «Acceptance and coping. National HIV strategy. 2009-2014».
4. The White House Office of National AIDS Policy. «National HIV/AIDS strategy for the United States 2010». Disponible en: www.WhiteHouse.gov/ONAP.
5. Grand Duché du Luxembourg, Ministère de la Santé. «Stratégie Nationale en matière de lutte contre le VIH/Sida, 2011-2015».
6. Chocarro A *et al.* Evolución de los conocimientos, actitudes y hábitos de la población general sobre la infección por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008;26(6):330-7.
7. Fuster Ruiz de Apodaca *et al.* SEISIDA Informe FIPSE 2010. Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH 2010.

8. Saura S *et al.* Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria* 2010; 42(3):143–148.
9. Samkange-Zeeb F, Pöttgen S, Zeeb H. (2013). Higher Risk Perception of HIV than of Chlamydia and HPV among Secondary School Students in Two German Cities. *PLoS ONE* 8(4): e61636. doi:10.1371/journal.pone.0061636
10. MSSSI. ISCIII. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011.

Línea Estratégica II: Promover la salud y prevenir la infección

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

Antecedentes

A pesar de los logros obtenidos en el manejo de la epidemia por VIH, y aunque se haya conseguido reducir el número de nuevas infecciones, las medidas destinadas a evitar la transmisión del virus no se han centrado en aquellos aspectos que podrían mejorar sus efectos, y no han sido suficientes para contener la epidemia (1): según ONUSIDA en el año 2012 se diagnosticaron 2.3 millones de nuevas infecciones por VIH en todo el mundo (2).

Estos datos, con las previsible consecuencias sobre la morbilidad y mortalidad de la población, ponen de manifiesto la necesidad de transformar las medidas de prevención del VIH, tanto a través de la implicación política como de la participación activa de las personas con VIH, y de conseguir cambios sociales en lo relacionado con la educación sobre el VIH, las conductas sexuales o el consumo de drogas (1).

La estrategia de ONUSIDA para el período 2011-2015, planteaba «*Llegar a cero nuevas infecciones por el VIH*», para lo que se fijaron objetivos centrados en reducir la transmisión sexual del virus (especialmente entre los jóvenes, los HSH, y las personas que ejercen la prostitución), acabar con la transmisión vertical y evitar las nuevas infecciones por el VIH entre los usuarios de drogas (1).

Realizar la prueba del VIH, diagnosticar precozmente y proporcionar el tratamiento adecuado son estrategias clave para la prevención del VIH/Sida (3), pero el panorama de la prevención ha cambiado en los últimos años, por lo que se hace necesario avanzar hacia la prevención combinada, que conjuga programas de prevención biomédicos con otros que fomentan cambios de conducta (1,4).

El éxito de la prevención precisa además del conocimiento de las características de la epidemia, no solo en cada país, sino también en el grupo de población considerado. Factores estructurales, socioeconómicos o culturales, como la pobreza, el género, el respeto por los derechos humanos o las creencias pueden influir en la transmisión del virus, y es preciso tenerlos en cuenta y comprenderlos mejor (4).

La estrategia de ONUSIDA «*Conoce tu epidemia, conoce tu respuesta*» requiere que cada país identifique cuáles son los factores clave que la condicionan en su población, puesto que el conocimiento de la propia epidemia es imprescindible para determinar la respuesta que se debe aplicar (1).

En España todos los Planes frente a la infección por VIH y sida, tanto los anteriormente publicados como el actual, han incluido como prioridad la prevención de nuevas infecciones, tanto en la población general como en los grupos más vulnerables.

En comparación con décadas previas, los actuales datos epidemiológicos de la infección por VIH en nuestro país muestran algunos aspectos favorables. Así, la prevalencia global de infecciones aumenta muy modestamente y la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH se mantiene estable y con tasas comparables a las de otros países de Europa occidental; además, la transmisión vertical es casi inexistente y ha disminuido de forma continuada la transmisión parenteral. Sin embargo, hay otros resultados que pueden mejorar, como la tendencia al alza de los nuevos diagnósticos entre los HSH, la proporción considerable de infección no diagnosticada y el porcentaje elevado de casos con diagnóstico tardío, que obligan a continuar considerando la prevención como prioritaria, y en concreto, a fomentar las medidas de prevención primaria, si se quiere evitar la aparición de nuevos casos (5).

Conviene destacar además que el porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en personas ≥ 50 años sigue aumentando, alcanzando un 12,3% en el año 2012. El diagnóstico tardío también aumentó de forma importante con la edad, pasando de un 31% en el grupo de 15 a 19 años, hasta un 66% en los mayores de 49 años (5).

A lo anterior se añade que otras infecciones de transmisión sexual, consideradas como un indicador temprano de conductas de riesgo, han aumentado su incidencia en los últimos años y que la prevalencia de coinfección de VIH con sífilis o gonococia es elevada (5).

El Informe de Evaluación del Plan Multisectorial VIH/Sida 2008-2012, mostró que durante el periodo de aplicación del mismo, se desarrollaron numerosas actividades preventivas en todo el país: tanto programas dirigidos a la población general, con especial consideración de los jóvenes, como programas centrados en los grupos más vulnerables: HSH, UDIS, personas que ejercen la prostitución e inmigrantes (6).

A pesar de estos esfuerzos, se ha objetivado un mayor número de jóvenes expuestos al riesgo de infección por VIH y otras ITS como consecuencia de una baja percepción del riesgo y de ciertos cambios de conducta: una mayor proporción de personas entre 15 y 18 años que mantienen relaciones sexuales completas, la disminución del uso del preservativo y el aumento del número de parejas sexuales diferentes antes de los 18 años (6).

Desde la introducción de la triple terapia antirretroviral para los pacientes con VIH, también en algunos países de nuestro entorno se ha constatado una disminución de la percepción del riesgo, junto con un repunte de algunos comportamientos de riesgo y un menor uso del preservativo, como parece indicar el incremento de las ITS. Todo ello nos hace pensar que la baja percepción del riesgo de VIH y otras ITS es un punto débil sobre el que hay que trabajar, especialmente entre aquellos sectores de la población que no se consideran en riesgo frente a estas infecciones (7).

Los resultados en España del EMIS apuntan en este sentido, y confirman la necesidad de reforzar algunas estrategias de prevención primaria del VIH entre los HSH, principalmente el uso del preservativo, pero también de informar sobre otras que pueden contribuir a reducir el riesgo de transmisión, como usar lubricantes, negociar acuerdos de sexo seguro tanto con la pareja estable como con las ocasionales, evitar prácticas de alto riesgo sin protección, y no asociar el consumo de drogas a las relaciones sexuales. A ser posible toda esta información debería proporcionarse mediante intervenciones preventivas individuales, como el consejo asistido (8).

De la reflexión sobre los datos anteriores, se desprende que es necesario adecuar la prevención de VIH/ITS a los cambios epidemiológicos y de conducta producidos, concentrando los esfuerzos en las poblaciones prioritarias por su mayor vulnerabilidad, aunque sin dejar de promover las actividades preventivas en toda la población, en vista del potencial epidémico del VIH y de cómo se están comportando otras ITS.

La prevención primaria debe dirigirse tanto a la población general como a grupos prioritarios por ser más vulnerables, tales como jóvenes, HSH, inmigrantes, personas que ejercen la prostitución y UDIS, a través de intervenciones específicas, combinando medidas de cambio de conductas, el uso de métodos de barrera (preservativo masculino y femenino), la promoción de la prueba diagnóstica (9) el seguimiento clínico y el tratamiento de las personas con infección. Todo ello dirigido a reducir la transmisión del VIH y de otras ITS.

Las intervenciones preventivas deben estar adaptadas a la población a la que se dirigen, a los diferentes usuarios con los medios más adecuados y si es posible utilizando nuevas herramientas como las TICs. En el caso de la población HSH/LGBT, por ejemplo, se debería proporcionar información sobre el VIH y otras ITS, integrar el uso del preservativo y lubricantes, además de otras estrategias de reducción de riesgos, y promocionar la prueba diagnóstica cuando proceda en los entornos habituales frecuentados por esta población (7).

Un aspecto importante que considerar es el de la compensación del riesgo: los posibles beneficios derivados de algunos métodos de prevención del VIH podrían peligrar si no se acompañan de cambios de las conductas

de riesgo. Por ello resulta imprescindible anticiparse a los efectos que determinadas intervenciones biomédicas de prevención podrían tener en los comportamientos sexuales. Algunos estudios apuntaban que ciertas prácticas como la circuncisión masculina, el uso de microbicidas, o la profilaxis preexposición, con resultados prometedores en la prevención del VIH, podrían inhibir la adopción de conductas sexuales seguras al disminuir la percepción del riesgo. (10, 11,12). Otros estudios posteriores ofrecen resultados en sentido contrario, como los obtenidos a partir de un ensayo con profilaxis preexposición frente al VIH realizado en HSH y mujeres transexuales (13).

Los servicios sanitarios que atienden específicamente casos de ITS desarrollan una labor fundamental en la prevención y control de estas infecciones, incluida la infección por el VIH. Las personas que acuden a estos centros sanitarios son una población clave, tanto para recibir consejo sobre la adopción de medidas de prevención como para la realización de las pruebas de diagnóstico de VIH y de otras ITS, recibir la atención sanitaria y el tratamiento adecuado con el fin de actuar sobre la fuente de la infección interrumpiendo la transmisión y por tanto la aparición de nuevos casos (14).

En España existen Centros específicos de ITS pertenecientes a diferentes CCAA, que son esenciales para mejorar el conocimiento de la epidemiología de estas infecciones y monitorizar precozmente posibles cambios en los patrones de transmisión. Estos centros, además de realizar actividades de diagnóstico y tratamiento, resultan básicos en prevención por ser una fuente fiable de información sobre las características específicas de la población que acude a los mismos, especialmente de los grupos más vulnerables, lo que posibilita que las actividades preventivas se adapten a sus necesidades concretas (15,16).

El patrón habitual de transmisión de las ITS, y del VIH en el caso de epidemias concentradas como es el caso de España, requiere distinguir tres niveles de población diferentes: la población nuclear, dentro de la cual la transmisión es frecuente por sus conductas de alto riesgo; la población puente, de menor riesgo, constituida por las parejas sexuales de la población nuclear, y la población general (14).

Los Centros específicos de ITS se caracterizan por ser espacios conocidos por los grupos nucleares, y por su experiencia en atender a los subgrupos de población descritos, además de su accesibilidad, gratuidad y el amplio conocimiento de las patologías implicadas. Un aspecto importante de su labor es que desempeñan, entre otros papeles, el de funcionar como puntos de alerta temprana, ya que actúan como centinelas de situaciones de alerta, definidas bien por un incremento de casos no esperado, o bien por la detección de enfermedades emergentes (17).

La importancia de reforzar la incorporación de estos Centros de ITS ha sido resaltada en el documento que recoge los Protocolos de enfermeda-

des de declaración obligatoria consensuados por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica en abril de 2013 y aprobados posteriormente por el Consejo Interterritorial (18).

Una medida útil para la prevención de algunas ITS es la vacunación de las personas susceptibles. Es el caso de las infecciones producidas por los virus de las hepatitis A (VHA) y B (VHB), y los del papiloma humano (VPH) (19).

En España se incluyó en el calendario la vacunación frente al VHB para los adolescentes, y posteriormente los recién nacidos, a partir de 1992 (20), consiguiendo de esta forma que la mayoría de los nacidos a partir de 1980 estén vacunados (19). En adultos la vacunación selectiva frente al VHB está indicada en algunos grupos de riesgo, entre ellos los convivientes y contactos sexuales de personas con infección aguda o crónica por VHB y la población que cambia frecuentemente de pareja sexual (21).

En el caso del VHA, que se comporta como un agente causal de ITS cuando se realizan prácticas de sexo oro-anal, la vacuna está indicada en HSH, UDIs, personas con múltiples relaciones sexuales y personas que ejercen la prostitución (19).

Se conocen unos 100 tipos de VPH de los que 40 aproximadamente son capaces de infectar la región genital. Según su riesgo oncogénico, se clasifican en VPH de alto riesgo relacionados con el cáncer de cérvix, ano, pene, vulva, vagina y orofaringe y VPH de bajo riesgo. Se sabe que cerca del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino en el mundo son producidos por los tipos de VPH 16 o 18, y que los genotipos de bajo riesgo oncogénico, VPH 6 y 11, son responsables de un elevado porcentaje de displasias cervicales leves y de más del 90% de las verrugas genitales o condilomas acuminados. En los pacientes con condilomas acuminados se ha descrito coinfección con tipos de VPH de alto riesgo oncogénico (19,22).

Actualmente existen dos vacunas disponibles que se utilizan para prevenir la infección por VPH, una tetravalente que incluye los tipos 6,11,16 y 18 y otra bivalente que incluye los tipos 16 y 18. Se recomienda su administración antes del inicio de las relaciones sexuales y en cualquier caso es aconsejable promover campañas de educación sanitaria para evitar que la percepción de seguridad que puede darse tras la introducción de la vacuna, conlleve un aumento de prácticas sexuales no seguras (19,22).

La recomendación de introducir la vacunación sistemática frente al VPH en niñas entre los 11-14 años de edad fue aprobada por el Consejo Interterritorial en 2007, iniciándose la misma en diferentes momentos de los años 2007 y 2008 según las CCAA. Las coberturas de vacunación alcanzadas muestran diferencias apreciables entre las distintas CCAA, y se considera que pueden ser necesarias estrategias adicionales de vacunación (23).

Actualmente el calendario común de vacunación infantil acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en marzo de 2013, establece la vacunación frente a VPH para niñas a la edad de 14 años (24).

Otro aspecto también muy importante para la prevención y control del VIH y otras ITS, es la evaluación y manejo de los contactos sexuales de las personas con estas infecciones (19).

La búsqueda activa de casos entre los contactos del paciente con una ITS para ser evaluados, es esencial para interrumpir la transmisión y prevenir la reinfección del paciente. El procedimiento, se realizará de forma confidencial y respetando lo estipulado en la ley de protección de datos, e incluye informar a las parejas sexuales del caso índice sobre su exposición, diagnosticarlas y tratarlas si fuera necesario. Además se les aconsejará sobre la prevención de posibles nuevas infecciones. El periodo de búsqueda y notificación de contactos sexuales depende de la ITS diagnosticada (Anexo III) (19).

Hay pruebas de que la investigación de contactos es efectiva para detectar nuevas ITS, pero no resulta fácil, por motivos prácticos, y por las connotaciones éticas y emocionales que la rodean. Algunos países europeos tienen guías al respecto, y la incluyen en programas de salud pública, siendo obligatoria únicamente en Suecia y Noruega (19).

La comunicación a los contactos de la posibilidad de infección pueden ser realizada por el propio paciente, por el médico responsable del caso, o bien por otros profesionales sanitarios dedicados expresamente a esta tarea (ya sea de manera inicial, o condicionada a que el paciente no informe a sus parejas en un tiempo acordado). No existe un acuerdo claro sobre cuál es la mejor estrategia. La OMS recomienda que sea el paciente el que notifique su situación a sus contactos y los CDC no se decantan por un sistema u otro (19).

Un aspecto que no debe olvidarse, es que tanto la prevención combinada del VIH como la de otras ITS, son estrategias de salud pública, y que consecuentemente, tienen que incluir tanto políticas estructurales que favorezcan el desarrollo de los servicios de salud, como la mejora de las condiciones de vida de la población y contemplar igualmente acciones dirigidas a eliminar el estigma y la discriminación asociadas al VIH.

En la prevención del VIH y otras ITS es fundamental considerar medidas de reducción de las desigualdades sociales y territoriales en salud. Las intervenciones propuestas deben ser accesibles, incluyendo el aspecto económico, especialmente entre las poblaciones renuentes a la prevención y las que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad (7).

Otro punto importante es la formación de los profesionales sanitarios, a quienes hay que proporcionar habilidades de comunicación, herramientas y técnicas de entrevista, que por un lado faciliten el abordaje de la historia

sexual del paciente (Anexo IV), y por otro favorezcan que el manejo del paciente con VIH/ITS se integre en la práctica habitual. Se debe potenciar también la investigación en todos aquellos campos que permitan mejorar las medidas preventivas, como vacunas y nuevas tecnologías.

También hay que asegurar la formación adecuada y actualizada del personal de las ONGs, organizaciones que vienen desempeñando un papel muy importante en la respuesta frente a la epidemia en el entorno comunitario.

Es necesario seguir informando a la población general sobre los riesgos de la infección y de las posibles medidas preventivas, mediante campañas adaptadas a las diferencias socioculturales existentes, para ser capaces de llegar a algunos grupos que pueden tener una menor percepción del riesgo.

Teniendo en cuenta todo ello, resulta importante facilitar el acceso a un nivel básico de información sobre la salud que considere las diferentes estrategias preventivas disponibles para mantener una sexualidad saludable y responsable, basada en un enfoque de reducción de riesgos, como por ejemplo el retraso del inicio de las relaciones sexuales o la disminución del número de parejas sexuales, especialmente entre los jóvenes. Debe asegurarse que las personas que toman la decisión de ser sexualmente activas cuentan con la información necesaria para adoptar medidas de protección efectivas (25).

El ECDC publicó en diciembre de 2013 un informe en el que precisamente se destacan los beneficios de un abordaje integral de las infecciones por VIH y otras ITS dentro de una estrategia de salud pública más amplia de cara a su prevención (26).

Por esta razón, para la prevención primaria del VIH y otras ITS debe prestarse una especial atención a:

- Adolescentes y jóvenes: se debe proporcionar a los adolescentes y jóvenes información sobre comportamientos preventivos al inicio de la adolescencia por ser el momento en el que pueden establecerse modelos duraderos de gestión responsable sobre la propia salud, siendo éste un periodo idóneo para sensibilizar sobre la prevención del VIH y otras ITS.

La información debe ser actualizada y estar adaptada al uso de las nuevas tecnologías, ampliamente utilizadas por los jóvenes, sobre todo cuando se viene observando una disminución del uso de medidas preventivas tanto para el VIH como para otras ITS. Tiene que conseguirse una percepción adecuada del riesgo por parte de los jóvenes, un planteamiento responsable de la edad de inicio de las relaciones sexuales, la comunicación efectiva con la pareja y el uso de medidas preventivas efectivas.

Además puede ser útil realizar intervenciones informativas sobre la relación entre entornos de ocio, el consumo de alcohol y otras drogas y que se asuman mayores riesgos sexuales, contando para ello con la participación de agentes de salud en estos entornos. Los centros de ejecución de las medidas privativas de libertad para menores son otro posible ámbito de actuación, al confluir en los mismos adolescentes en situación social de riesgo.

- Mujeres: aunque en nuestro país las mujeres sólo representaron el 15,5% de los nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012 (5), su mayor vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS hace necesaria la intervención preventiva sobre los factores que la determinan. Algunos comportamientos de riesgo, como la aceptación de relaciones sexuales no protegidas, especialmente dentro de algunos grupos más desfavorecidos por motivos socioeconómicos y/o culturales.

Hay que tener en cuenta además, que entre las mujeres son más frecuentes las situaciones de violencia de género, incluyendo las agresiones sexuales; las mujeres informan con una frecuencia tres veces mayor que los hombres haber sido víctimas de agresiones sexuales. Las intervenciones dirigidas a la prevención del VIH y otras ITS en mujeres han de contemplar como su mayor vulnerabilidad conlleva un mayor riesgo de exposición a la infección. Ante ello, entre las medidas que se pueden adoptar, se incluyen el uso del preservativo, la profilaxis postexposición, y el acompañamiento y seguimiento (7).

En las mujeres el diagnóstico y el abordaje de las ITS suele ser más tardío porque con frecuencia estas infecciones son asintomáticas, con el consiguiente riesgo de transmisión. También se conoce que los hombres con una ITS advierten cuatro veces menos que las mujeres a su pareja sexual habitual, para que pueda tomar las medidas preventivas oportunas. Además los hombres continúan manteniendo relaciones sexuales, a pesar de la infección, al contrario de lo que hacen las mujeres (7).

De ahí que para conseguir que las medidas preventivas sean eficaces deba realizarse un abordaje de género, que refuerce la autonomía de las mujeres y contribuya a cambiar los comportamientos de los dos sexos (7).

Para evitar la transmisión vertical del VIH resulta imprescindible que tanto las mujeres embarazadas, como aquellas que planifiquen un embarazo, conozcan su estado serológico con respecto al VIH. Por ello debe ofrecerse a todas las embarazadas la información adecuada y la realización de la serología frente al VIH ya en la primera visita médica. Cuando la situación serológica con respecto al VIH se desconoce en el momento del parto, o en el postparto

inmediato, deben indicarse con carácter urgente pruebas diagnósticas rápidas (27).

Gracias a estas y otras medidas, como el tratamiento antirretroviral de la madre y su seguimiento y manejo adecuados durante el embarazo y el parto, el tratamiento preventivo con antirretrovirales del niño y el empleo de la lactancia artificial, actualmente la transmisión vertical del VIH es prácticamente inexistente en España.

En concreto, en el año 2012 en España se notificaron menos de 10 casos de transmisión vertical, ligada casi exclusivamente a grupos que no acceden a la atención sanitaria prenatal (5).

- HSH: según datos del SINIVIH del año 2012, la transmisión del VIH en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres fue la más frecuente, alcanzando un porcentaje del 51% (5). Por ello resulta prioritario resaltar el riesgo de sus prácticas sexuales y fomentar el uso del preservativo, entre otras intervenciones preventivas. Es conveniente que los programas de prevención dirigidos a este grupo incorporen actividades formativas, como talleres de sexo más seguro, estrategias de reducción de daños, la distribución y promoción del uso de preservativos y lubricantes, promocionar la detección precoz de la infección por VIH, VHC y otras ITS, y el desarrollo de intervenciones que mejoren tanto la adopción de medidas preventivas de forma consistente como la adherencia al tratamiento.

Los programas de prevención deben considerar la importancia de la toma de decisiones de los HSH en el cuidado de su salud sexual y en su capacidad de influir en su entorno; en como incide la homofobia en las conductas de riesgo; la diversidad existente dentro de los HSH, jóvenes, mayores, inmigrantes, parejas serodiscordantes, los que se identifican o no como gais o bisexuales y los diferentes contextos en que se relacionan, prostitución, Internet, lugares de encuentro etc.

- Personas que ejercen la prostitución (28): Los factores de vulnerabilidad relacionados con las personas que ejercen la prostitución facilitan la transmisión del VIH y otras ITS. Las personas que la ejercen son especialmente vulnerables a estas infecciones, por lo que son necesarios programas específicos de prevención tanto entre estas personas, como en sus clientes.

El riesgo de transmisión del VIH depende del tipo y frecuencia de las prácticas sexuales, del número de parejas sexuales, de la prevalencia de infección por VIH, y de si coexisten otras ITS, además del uso o no del preservativo. El riesgo varía también según las circuns-

tancias en que se ejerce la prostitución y aumenta si se asocia al uso de drogas.

A lo anterior se añaden las circunstancias en las que viven las personas que ejercen la prostitución: situaciones de indefensión, violencia, precariedad socioeconómica, estigmatización, marginalidad y exclusión social que aumentan su vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS. Esta vulnerabilidad podría verse agravada por la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, sociales o de asesoramiento legal, y por el desconocimiento de estas enfermedades y de sus medidas preventivas.

Otro aspecto importante es la heterogeneidad de las personas incluidas en este grupo: mujeres, HSH, personas transexuales, inmigrantes o no, con distintas prácticas y diferente procedencia socio cultural.

Todo ello debe tenerse en cuenta a la hora de programar actividades preventivas, que deben adaptarse a las características de la población a la que se dirigen.

Dentro de estas actividades, las intervenciones que han demostrado su eficacia son la utilización de medidas barrera (preservativos masculinos y femeninos, lubricantes), la formación, que permite adquirir habilidades para negociar el uso del preservativo, la educación por pares, la mediación cultural, el apoyo de asociaciones de autoayuda, y la información sobre salud laboral y condiciones de seguridad en los locales o en el trabajo en la calle (28).

Una estrategia de prevención del VIH y otras ITS especialmente útil es el trabajo de acercamiento comunitario, en la calle o en los establecimientos donde se ejerce la prostitución, realizado generalmente por las ONGs, que permite aproximarse a un grupo de población caracterizado por su alta movilidad y poca visibilidad(28).

- Inmigrantes: El 35% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2012 se realizó en personas nacidas fuera de España, lo que indica que las personas inmigrantes son una parte importante de los nuevos diagnósticos (5).

Hay que considerar que algunos de ellos pueden ser especialmente vulnerables a la infección por el VIH, a causa de las barreras idiomáticas y culturales, a la concepción diferente de la salud y de la enfermedad, al desconocimiento del funcionamiento de nuestro sistema sanitario y como acceder al mismo, además en ocasiones, a lo anterior se suma la precariedad económica o una situación administrativa irregular.

- Por todo lo anterior, aunque las medidas preventivas del VIH y otras ITS en la población inmigrante no tienen por qué ser dife-

rentes a las aplicadas en la población autóctona, se hace necesario desarrollar acciones específicas de prevención, teniendo en cuenta su diversidad sociocultural, potenciando el uso de apoyo lingüístico, y la inclusión en otros programas de salud más amplios, contando siempre con la participación de los propios afectados y de mediadores socioculturales.

- Usuarios de drogas inyectadas: la infección por VIH es una posible consecuencia, y de las más importantes para la salud pública, entre los usuarios de drogas inyectadas, que sin un manejo adecuado pueden terminar desarrollando Sida e incluso acabar en una muerte prematura. Compartir jeringuillas, agujas y otros materiales de inyección es una forma muy eficiente de transmitir el virus (29).

En nuestro país la tendencia en este grupo sigue siendo descendente en la actualidad (5). Los programas de reducción de riesgos en UDIS (intercambio de jeringuillas, mantenimiento con agonistas opioides) han sido un elemento crucial para el control de la epidemia, y deben seguir reforzándose y diversificándose para alcanzar la máxima cobertura.

También es muy importante tener presente la importancia de no bajar la guardia con otras drogas, fundamentalmente las conocidas como recreativas, por la distorsión en la percepción de riesgo que generan y la velocidad con la que aparecen nuevas sustancias.

Un problema adicional que hay que considerar es que pueden existir desigualdades en el acceso a los programas de reducción de riesgos: zona urbana/rural, inmigrantes con barreras lingüísticas, por lo que se tendrán en cuenta en la adopción de medidas al respecto.

Los servicios de atención a drogodependientes son el entorno idóneo para fomentar la prevención del VIH, las hepatitis y otras ITS en UDIS y sus parejas sexuales, a través de la implementación de programas de reducción del daño, tales como el uso de material de inyección estéril, el intercambio de jeringuillas, el fomento del uso de preservativos en las relaciones sexuales, las terapias sustitutivas de opiáceos y de deshabituación.

- Personas internas en instituciones penitenciarias (28,30): En las prisiones se concentran grupos de población con riesgo elevado de infección por VIH, especialmente UDIS. El riesgo de transmisión en las prisiones se produce fundamentalmente por el uso de material de punción contaminado y por las relaciones sexuales no protegidas. Esta situación justifica que en las respuestas frente al VIH se considere fundamental el papel del sistema sanitario penitenciario, que debe proporcionar a los internos medidas de prevención y tra-

tamiento del VIH similares a las ofrecidas en la asistencia comunitaria tal y como establecen las directrices de la OMS de 1993.

En las prisiones españolas la prevalencia de infección por el VIH ha descendido gracias a que desde hace tiempo se mantienen distintas intervenciones de prevención y control de enfermedades infecciosas, entre otras VIH e ITS, que incluyen pruebas de detección voluntarias, vacunación frente a hepatitis B, educación y formación, programas de reducción de daños, medidas de reinserción social y vigilancia epidemiológica, lo que ha permitido el abordaje integral de la infección por VIH, hepatitis y otras ITS.

Tras la celebración de la «*Conferencia Internacional sobre la Protección de la Salud en Prisiones*», en Madrid en 2009, se reconoció la necesidad urgente de contar, entre otros, con programas dirigidos a prevenir las enfermedades transmisibles en las prisiones, como el VIH/Sida, otras ITS, la hepatitis C y la TBC, programas destinados a los UDIS, y de disponer de medidas de reducción de daños, garantizando la atención de los internos desde su entrada hasta la salida de prisión, en estrecha colaboración con los servicios sanitarios comunitarios, lo que se plasmó en un documento de recomendaciones (31).

- Personal sanitario (28,32): durante el desarrollo de su actividad laboral los trabajadores sanitarios pueden verse expuestos accidentalmente a fluidos biológicos con capacidad infectante a través de pinchazos, cortes y salpicaduras en mucosas o piel no integra.

La formación adecuada del personal, junto con una correcta utilización del instrumental, y la aplicación de medidas de protección universal pueden evitar la mayoría de estos accidentes. El riesgo medio de infección por exposición percutánea a sangre infectada por el VIH es menor que en el caso de hepatitis B o C, varía según las características de la exposición (tipo de fluido, vía de exposición, el instrumental involucrado, uso de métodos de barrera) y la infectividad de la fuente. Si tras la valoración inicial del riesgo se considera indicada, puede iniciarse la profilaxis postexposicional ocupacional con fármacos antirretrovirales.

En sentido contrario también puede producirse la transmisión por parte del personal sanitario a los pacientes, aunque según los datos disponibles el riesgo parece muy bajo. Generalmente la mayor parte de las intervenciones no suponen un riesgo de transmisión, y en el caso de aplicar técnicas invasivas se puede prevenir mediante la aplicación sistemática de las precauciones universales y de los procedimientos generales de control de la infección.

Conocimiento científico

El «*US Preventive Task Force*» reconoce que en los EEUU la estrategia más efectiva para reducir la morbilidad por VIH es la prevención primaria, evitar la exposición al VIH. El uso del preservativo puede reducir sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH y de otras ITS. Recomiendan además el consejo intensivo sobre conductas para prevenir las ITS entre adolescentes y adultos con alto riesgo de infección. En HSH también recomiendan intervenciones sobre la conducta para cambiar conocimientos, creencias y actitudes, que pueden ser implementadas a nivel individual, en grupos o a nivel comunitario. Promueven la notificación a los servicios sanitarios y la realización de la prueba diagnóstica entre los contactos sexuales (o si se comparte material de inyección) de las personas con VIH. Encuentran también evidencia de que el tratamiento antirretroviral se asocia con una disminución importante del riesgo de transmisión entre personas serodiscordantes. Sucede lo mismo con la identificación y tratamiento adecuado de las mujeres embarazadas de cara a reducir la transmisión vertical (33).

Los HSH son un grupo de población especialmente afectado por el VIH en todo el mundo, y la epidemia está reemergiendo entre ellos en los países con más recursos. La prevención en este grupo es complicada porque al alto riesgo de las relaciones sexuales por vía anal, se suman la elevada frecuencia y variedad de su actividad sexual, la discriminación, que existan pocos servicios específicos para esta población y el abuso de sustancias. Inicialmente la prevención del VIH se centró en los cambios de conducta y aunque se produjeron éxitos, no bastaron para frenar la epidemia. Por ello se necesita mantener y mejorar las estrategias preventivas.

Coordinar intervenciones estructurales, biomédicas y conductuales que incorporen estrategias eficaces, capaces de alcanzar a una mayor proporción de HSH, podría reducir de forma importante la incidencia del VIH entre ellos (34).

Un estudio español realizado para investigar los motivos que podrían estar haciendo fracasar la prevención entre los HSH concluye, coincidiendo con la literatura existente, que se está produciendo una banalización del riesgo de adquirir la infección. Entre los factores determinantes de esta situación se encontrarían, por un lado que el discurso actual sobre el sida se habría dulcificado y perdido repercusión con campañas de prevención menos duras y disuasorias que al inicio de la epidemia, y por otro la transmisión de un mensaje optimista y de control a la población, apoyado en los avances logrados en distintos campos. Todo esto conduciría, a pesar de contar con información suficiente, a una menor preocupación por la infección, con consecuencias en las actitudes y conductas de prevención (35).

Según un informe reciente del ECDC la prevalencia del VIH, variable según los países, permanece relativamente baja entre mujeres que ejercen la prostitución, y los datos apuntan, al desglosar por sexos, que parece mayor entre los hombres que se prostituyen que entre las mujeres, siendo también mayor cuando estas personas se inyectan drogas.

Las mujeres que ejercen la prostitución usan el preservativo con los clientes de forma generalizada, mientras que no parece suceder lo mismo en el caso de los hombres y los transexuales. Según un informe del ECDC el uso del preservativo entre mujeres que ejercen la prostitución es generalmente alto. En España la tasa de uso de preservativo entre la prostitución transexual sería similar a la que presentan las mujeres que ejercen la prostitución (36).

Con respecto a la transmisión vertical, distintos estudios perinatales han encontrado que dejando el VIH a su evolución natural, sin aplicar medidas preventivas adecuadas, las tasas de transmisión vertical oscilarían entre un 13 y un 48%, en función de si se daba o no lactancia materna y del lugar del estudio (37). Gracias al uso del TAR durante el embarazo, el parto y en el recién nacido se ha conseguido reducir la tasa de transmisión vertical en Europa por debajo del 1%. Actualmente en España la tasa de transmisión vertical se sitúa entre un 0,2 y un 0,3% (5).

El principal factor de riesgo para la transmisión vertical del VIH es el desconocimiento de la infección, de ahí la importancia de hacer un diagnóstico precoz en la mujer embarazada o con deseo de embarazo. Una vez conocido el seroestado, la carga viral plasmática (CVP) de la madre > 1000 copias/ml es el principal factor de riesgo de transmisión, por lo que el objetivo en toda mujer embarazada con infección por VIH es iniciar el tratamiento antirretroviral, independientemente del número de CD4 que tenga para conseguir disminuir la CVP a niveles indetectables (37, 38).

En cuanto a los accidentes ocupacionales según datos de la OMS se estima que entre el personal sanitario hay más de 3 millones de exposiciones percutáneas accidentales anuales, atribuyéndose a esta vía la transmisión de hasta 1.000 casos de VIH anuales, 66.000 casos de virus hepatitis B (VHB) y 16.000 casos de virus hepatitis C (VHC), siendo el personal de enfermería el grupo más expuesto (37).

Se considera que el riesgo de infección por VIH a partir de una punción con una aguja contaminada con sangre procedente de una fuente con VIH es aproximadamente del 0,2-0,5%. Cuando la exposición es a través de mucosas, el riesgo se reduce a 0,09%, siendo incluso menor cuando el contacto es con piel no intacta (32).

Otra situación posible es que se produzca una exposición no ocupacional al VIH, generalmente por vía sexual, incluidas las agresiones sexuales, o parenteral. El riesgo de transmisión también va a depender, como en el caso

de la exposición ocupacional, de que la fuente sea VIH positiva o no, y del tipo de exposición (37).

Las indicaciones de profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional están perfectamente definidas y recogidas en los documentos de consenso elaborados desde el PNS con distintas sociedades científicas (38, 39).

De forma general debe considerarse que la indicación de la profilaxis postexposición (PPE) es una medida secundaria para prevenir la infección por el VIH cuando la prevención primaria ha fallado, y sólo se recomienda cuando la exposición de riesgo al VIH es esporádica y excepcional. Debe realizarse siempre dentro de las primeras setenta y dos horas tras la exposición, y preferentemente durante las primeras seis horas, si no existen contraindicaciones, y contando con el consentimiento de la persona expuesta para su inicio y posterior seguimiento (32, 37).

Las recomendaciones de uso del TAR en la PPE se basan en estudios observacionales de profesionales sanitarios expuestos y en evidencias indirectas procedentes de modelos experimentales y de ensayos clínicos que han demostrado su eficacia en la prevención de la transmisión vertical (32, 37).

Durante muchos años en la mayoría de los programas de PPE se han empleado pautas basadas en el uso de zidovudina (29). En un estudio retrospectivo de casos control, el uso profiláctico de ZDV tras exposición ocupacional al VIH se asoció con una reducción del riesgo de transmisión del 81% (37).

La elección de las pautas de PPE es una decisión compleja que debería ser evaluada por un médico con experiencia en terapia antirretroviral siempre que fuera posible, y de forma obligada en exposiciones con riesgo moderado o alto.

Desde los inicios de la epidemia el papel de las ONGS que trabajan con personas con VIH/Sida ha sido muy importante, tanto para el desarrollo de actividades preventivas, como de apoyo y cuidados a las personas con VIH, complementando la labor de las instituciones públicas. Se ocupan fundamentalmente de grupos con conductas de alto riesgo, como IDUs, personas que ejercen la prostitución, HSH, inmigrantes o internos en instituciones penitenciarias y pueden servir de nexo entre ellos y los servicios de salud. Un estudio cualitativo entre profesionales y usuarios de las ONG en una CA española encontró que los usuarios de estas ONGs tenían conocimientos sobre VIH /Sida y que comprendían el riesgo de infección, aunque se detectó una brecha entre conocimientos, actitudes y conducta. Las actividades preventivas ofrecidas por los profesionales se adaptaban a las necesidades de los usuarios, y se basaban en el empoderamiento de los mismos (40).

Algunas intervenciones sencillas y prácticas pueden reducir la incidencia de las ITS, sin que sea necesario realizar grandes gastos en centros sanitarios con alto volumen de pacientes. En un ensayo controlado que analizó

los datos de pacientes atendidos en clínicas públicas de ITS se evaluó si la proyección de un video corto con mensajes preventivos sobre VIH/ITS en las salas de espera reducía la adquisición de nuevas infecciones después de la visita a las clínicas. Tras un período de seguimiento algo mayor de un año se comprobó que las nuevas infecciones se reducían en casi un 10% en las clínicas participantes, lo que demuestra que una intervención sencilla puede resultar apropiada en servicios sanitarios de ITS (41).

La prevalencia de VIH en internos en instituciones penitenciarias (IIPP) es alta en aquellos países donde la prevalencia de VIH también lo es, como ocurre en Estonia, Letonia o Portugal. El aumento de la prevalencia en algunos países de la EU/EFTA refleja el aumento de la prevalencia del HIV entre los UDIs en cada país. En algunos de estos países se han demostrado buenas prácticas en la respuesta efectiva frente al VIH en las prisiones como es el caso de España, donde las cifras han descendido desde un 20% en 1997 al 6 % de 2012. (42). Esto posiblemente es debido a la respuesta efectiva frente a la epidemia de VIH en UDIs, no solo en IIPP sino también en la comunidad, y como resultado del descenso en el uso de drogas inyectadas, conjuntamente con la elevada mortalidad de los pacientes UDIs con VIH (30).

Un estudio realizado con el objetivo de determinar los resultados de los programas de prevención, promoción de la salud y reducción de daños en la salud de la población interna en instituciones penitenciarias en España, a partir de la recogida de datos correspondientes al período 1993-2009, encontró que la prevalencia de VIH había disminuido 3,5 veces y la de del VHC se había reducido a la mitad en los últimos diez años. Las tasas de seroconversión dentro de la prisión descendieron un 85% en VIH y un 71% en VHC. La incidencia de sida se redujo en un 93,7%. Los programas de reducción de daños, mantenimiento con metadona e intercambio de jeringuillas, aumentaron de forma progresiva sus usuarios hasta el momento en que empezó a disminuir el número de UDIs en las prisiones y el de mediadores en salud se implantó en casi todos los centros (43).

Durante el año 2011 se notificó un aumento significativo del número de casos de VIH entre UDIs en Grecia y Rumania. Una evaluación rápida de la situación, realizada conjuntamente por el ECDC y por el *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) aportó entre otras conclusiones, que se había dado un asociación temporal entre la reducción de la prestación de servicios a la población UDI en los dos países y el aumento de la prevalencia y del número de casos de VIH en dicha población, aunque resultaba difícil de probar una asociación causal. A raíz de ello se recomendó reforzar las medidas de prevención como el intercambio de jeringuillas, o los tratamientos de sustitución con opioides. Aunque en la mayoría de países europeos no hubo cambios en las tasas de

nuevos diagnósticos de VIH entre UDIs, los ligeros incrementos detectados en unos pocos países junto con el aumento de conductas de riesgo de inyección y la baja cobertura de medidas preventivas podrían indicar un aumento del riesgo de transmisión de VIH y la posible aparición de brotes en el futuro (29).

Según recoge un informe específico sobre inmigración, que monitoriza la implantación de la Declaración de Dublín en 2012, muy pocos países de la EU/EFTA disponen de datos de prevalencia de VIH entre la población inmigrante. Algunos de estos países presentan evidencias de que los inmigrantes procedentes de países donde la epidemia está generalizada, como ocurre en África subsahariana, están afectados desproporcionadamente por el VIH, y también de que esta desproporción se produce entre lo que se consideran poblaciones clave como prostitución, reclusos, UDIs y HSH. Sin embargo esta evidencia es limitada en lo que se refiere a los inmigrantes por motivo de trabajo.

Otra cuestión que se plantea es que la transmisión del VIH entre inmigrantes ocurre con una cierta frecuencia después de la llegada al país de acogida. A partir de la información aportada desde la sociedad civil en España se considera que las ITS en inmigrantes son debidas ampliamente a la pobreza y el aislamiento, y que la mayoría de la población inmigrante estaba sana en sus países de origen. Las precarias condiciones de vida en el nuevo país favorecerían la aparición de las ITS y de otras enfermedades (44).

Puntos clave

- Es esencial mejorar la prevención primaria de las infecciones por VIH y otras ITS, adaptando las medidas preventivas, tanto biomédicas como de cambios de conducta, a las características y circunstancias de la población a la que se dirigen.
- La prevención primaria debe enfocarse a la población general y a todos grupos, que por su mayor vulnerabilidad resultan ser prioritarios, como los jóvenes, HSH, inmigrantes, personas que ejercen la prostitución y UDIs, a través de intervenciones adaptadas a sus características epidemiológicas y socioculturales
- Un punto débil para la prevención primaria es la baja percepción del riesgo de infección por VIH y otras ITS detectada, especialmente entre los jóvenes
- La investigación y manejo adecuados de los contactos de personas con infecciones por VIH y otras ITS son esenciales para interrumpir la transmisión de estas infecciones.

- Las intervenciones preventivas deben incorporar siempre acciones dirigidas a eliminar el estigma y la discriminación asociados a la infección por VIH y otras ITS.
- Hay que promover el uso de las TICs para la difusión de información sobre la infección por VIH y otras ITS y sus medidas preventivas, especialmente entre jóvenes y HSH.
- Debe potenciarse el papel desempeñado por los centros de ITS en la prevención del VIH y otras ITS por resultar más fácilmente accesibles a las poblaciones vulnerables.
- La formación continuada, tanto de los profesionales sanitarios como la del personal de las ONGs implicadas en la respuesta frente al VIH, resulta imprescindible para adecuar la prevención a las necesidades específicas de las poblaciones atendidas.

Bibliografía

1. Llegar a cero: Estrategia del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA) para 2011-2015. ONUSIDA 2010.
2. ONUSIDA. GLOBAL FACT SHEET 2013.
3. Sprenger M. Know, treat, prevent – HIV testing, a key strategy in the prevention and control of the HIV/AIDS epidemic. *Euro Surveill.* 2010;15(48):pii=19736. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19736>
4. Merson MH *et al.* HIV Prevention 1: The history and challenge of HIV prevention. *Lancet* 2008; 372: 475–88.
5. Area de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; Nov 2013.
6. MSSSI. Informe de Evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS_18DicbreActualizacionEpi.pdf
7. Ministère de la Santé et des Sports. France 2010. Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013 Encuesta on-line europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). Resultados en España. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EncuestaEMIS2013.pdf>
9. MSSSI. 2013. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf

10. Cassell M. *et al.* Risk compensation: The Achilles' heel of innovations in HIV prevention? *BMJ*. 2006. 332; 11: 605-607.
11. Eaton L, Kalichman S. Risk Compensation in HIV Prevention: Implications for Vaccines, Microbicides, and Other Biomedical HIV Prevention Technologies. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2007 December; 4(4): 165-172.
12. Padian N, *et al.* Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward. *Lancet* 2008; 372: 585-99.
13. Marcus JL, Glidden DV, Mayer KH, Liu AY, Buchbinder SP, *et al.* (2013) No Evidence of Sexual Risk Compensation in the iPrEx Trial of Daily Oral HIV Preexposure Prophylaxis. *PLoS ONE* 8(12): e81997. doi:10.1371/journal.pone.0081997).
14. OMS 2007. «Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015: romper la cadena de transmisión».
15. Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2010. Centro Nacional de Epidemiología, 2012.
16. Grupo EPI-VIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en clientes de una red de centros específicos, 2003-2010. Secretaría Plan Nacional Sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología; 2012.
17. Grupo EPI-VIH y Grupo EPI-ITS. Aportaciones de los centros específicos de VIH/ITS al conocimiento epidemiológico de la infección por VIH. *Revista multidisciplinar del Sida*. 2014; 1 (2):43-49.
18. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid, 2013. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicioscientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/protocolos.shtml>
19. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011.
20. Pachón del Amo I. Historia del programa de vacunación en España. En: Amela C. Epidemiología de las enfermedades incluidas en un programa de vacunación. Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. 2004. Disponible en: http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/monografia1_vacunas.pdf Consultado el 12/02/2014
21. Grupo de trabajo de vacunación de adultos de la ponencia de programas y registro de vacunaciones. Vacunación en adultos. Recomendaciones año 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004. Disponible en <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf>. Consultado el 12/02/2014
22. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Virus del Papiloma Humano. Situación actual, Vacunas y perspectivas de su utilización. Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2007. Disponible en http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VPH_2007.pdf. Consultado el 12/02/2014
23. Grupo de trabajo de VPH 2012. Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones.

Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/PapilomaVPH.pdf>. Consultado el 12/02/2014

24. Resolución de 24 de Julio de 2013, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud sobre el calendario común de vacunación infantil. BOE nº 187 de 6 de Agosto de 2013.
25. The White House Office of National AIDS Policy. «National HIV/AIDS strategy for the United States 2010». Disponible en: www.WhiteHouse.gov/ONAP.
26. European Centre for Disease Prevention and Control. A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2013.
27. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida. España 2008-2012.
29. Joint ECDC and EMCDDA rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. 2011.
30. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Prisoners. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 Progress Report. Stockholm: ECDC; 2013.
31. Conferencia Internacional sobre la Protección de la salud en prisiones. Madrid 2009.
32. Polo R *et al*. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/ CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxispostexposicion frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Enero 2008).
33. Moyer VA, *et al*. Scceening for: HIV: US. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. Published at www.annals.org on 30 april 2013.
34. Sullivan PS *et al*. Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. Lancet. 2012 July 28; 380(9839): 388–399.
35. Fernández de Mosteyrín S, *et al*. Prácticas y percepción del riesgo en hombres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que tienen sexo con otros hombres. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.04.017>
36. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Sex workers. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress report. Stockholm: ECDC; 2013.
37. Azkune H *et al*. Prevención de la transmisión del VIH (vertical, ocupacional y no ocupacional) Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29(8):615–625.
38. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. 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). Disponible en:

- http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoTARGesidaPNSAdultos_enero2014.pdf
39. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines on the prevention and management of metabolic diseases in HIV. Octubre 2013. Disponible en: <http://www.europeanaidscinicalociety.org/guid2/index.html?ml=1>
 40. Berenguera A. *et al.* Experiencias sobre la prevención y el control del VIH-sida. Discursos de los profesionales y usuarios de las organizaciones no gubernamentales. *Gac Sanit.* 2011;25 (3):184–190.
 41. Warner L, *et al.* (2008) Effect of a brief video intervention on incident infection among patients attending sexually transmitted disease clinics. *PLoS. Med* 5(6): e135. doi:10.1371/journal.pmed.0050135.
 42. Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones penitenciarias Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria 2013. Prevalencia de las infecciones VIH y VHC en Instituciones penitenciarias Año 2012. http://www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Prevalencia_VIH_y_VHC_en_IIPP_2012.pdf
 43. Hernández T, Arroyo JM. Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Rev Esp Sanid Penit* 2010; 12: 86-90 45.
 44. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 Progress Report. Stockholm: ECDC; 2013.

Línea Estratégica II: Promover la salud y prevenir la infección

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

Antecedentes

El diagnóstico tardío (DT) de la infección por VIH es uno de los principales obstáculos de la respuesta a la epidemia de VIH. Se entiende por diagnóstico tardío aquella situación en la que el paciente presenta valores de CD4 inferiores a 350 células/microlitro en el momento del diagnóstico. Si los valores de CD4 son inferiores a 200 células/microlitro se define como enfermedad avanzada (1).

Existe una amplia evidencia científica sobre que el diagnóstico tardío de la infección por VIH aumenta la morbilidad y la mortalidad asociada al VIH, disminuye la respuesta al tratamiento e incrementa la tasa de transmisión y los costes de la asistencia sanitaria (2). Sin embargo, existen beneficios significativos derivados de un diagnóstico precoz:

- Desde una perspectiva individual, las personas diagnosticadas pueden beneficiarse del tratamiento antirretroviral (TAR), de la prevención y de apoyo psicosocial, lo que mejora su calidad de vida y aumenta su esperanza de vida.
- Desde la perspectiva de la prevención poblacional, las personas diagnosticadas de VIH reducen la transmisión de la enfermedad, usan el preservativo de forma más consistente y disminuyen el porcentaje de sexo no protegido (3). La tasa de transmisión del VIH es 3,5 veces mayor entre las personas que desconocen su estado serológico que entre las ya diagnosticadas (4). Algunos estudios indican que entre el 25 y el 30% de las personas con VIH que desconocen su estatus serológico originan el 54% de las nuevas infecciones, y que la terapia antirretroviral reduce drásticamente los casos de transmisión del VIH en parejas serodiscordantes (4).

La importante interacción entre la infección temprana por VIH y otras ITS podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión por VIH, sobre todo entre los grupos poblacionales más propensos a tener un eleva-

do número de parejas. La presencia de una infección de transmisión sexual inflamatoria o ulcerativa no tratada aumenta el riesgo de transmisión del VIH (5).

La declaración de compromiso de las Naciones Unidas en la respuesta contra el VIH de junio de 2001 (6), incluye la prevención y el tratamiento de las ITS como una de las principales medidas de prevención de la infección por VIH. Por tanto, un diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado con un enfoque integral, que incluya información a las parejas sexuales y si es necesario su tratamiento, aumentarán la eficacia de la prevención del VIH y de las otras ITS.

La importancia de reducir la proporción de personas con VIH sin diagnosticar y del diagnóstico de otras ITS, no debe vulnerar los derechos de las personas afectadas.

El Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el Sida. España 2008-2012, incluía entre sus objetivos, intensificar, ampliar y diversificar el diagnóstico precoz, facilitando los centros comunitarios de test voluntario y asesoramiento, y fomentando la sensibilización de los profesionales sanitarios sobre el riesgo de exposición a las ITS y la necesidad de extensión de la prueba diagnóstica del VIH (7).

A su vez el Plan actual considera también prioritario fomentar la realización de la prueba diagnóstica, para lo cual se ha elaborado una *Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario* (8), con la participación de los distintos agentes implicados en la respuesta a la epidemia (CCAA, ONGs, Sociedades Científicas y Expertos de reconocido prestigio). Así mismo, el Plan también incluye entre sus actividades, elaborar otra guía para el ámbito comunitario.

La OMS (9) y el ECDC (3) han establecido los siguientes principios básicos para la realización de las pruebas de VIH:

- La prueba siempre será voluntaria, confidencial y con, al menos, el consentimiento informado verbal de la persona a la que se le realiza la prueba.
- Debe ser accesible a toda la población y estar disponible sin coste económico.
- Ha de ofrecerse, como mínimo, una breve información pre-prueba, y para las personas con resultado positivo, un consejo post-prueba.
- Ha de garantizarse la derivación de las personas diagnosticadas con VIH a los servicios adecuados y el acceso al tratamiento que se precise.

En el caso de las ITS, los principios rectores de la *Estrategia Mundial de Prevención y control de las ITS* de la OMS (5) son: el abordaje con perspec-

tiva de género, el acceso al material de prevención, la cooperación con otros programas tanto de salud sexual y reproductiva como los de prevención del VIH con un enfoque multisectorial.

Identificar las barreras a las pruebas diagnósticas del VIH y otras ITS, es una parte esencial de los programas de fomento de la prueba tanto a nivel personal, como a nivel institucional y del profesional sanitario (10). Las principales barreras detectadas a nivel personal son: la baja percepción del riesgo, la falta de interés por hacerse la prueba en las personas con prácticas de alto riesgo, las dificultades de acceso al sistema sanitario y el miedo al estigma y la discriminación. Con respecto al nivel institucional las principales barreras identificadas son: la falta de políticas claras de fomento de la prueba, y de programas de prevención de ITS, además de la necesidad de fondos y de recursos humanos, materiales y estructurales adecuados. Entre las barreras atribuidas al personal sanitario se encuentran: la falta de percepción de la situación de riesgo de los pacientes y de la prevalencia de la enfermedad en sus áreas, el modo de afrontar las cuestiones relativas a los hábitos sexuales de los pacientes (11), y carencias en el conocimiento de los síntomas de la enfermedad o sobre el curso asintomático de algunas de las ITS.

La utilización del autotest, otra vía diagnóstica posible, puede aumentar y normalizar la realización de la prueba, aunque su utilización resulta por el momento controvertida. Teniendo en cuenta que recientemente ha sido aprobado el autotest en EEUU (12), que países como el Reino Unido han eliminado la prohibición de su comercialización (13) y que en Francia han optado abiertamente por esta estrategia (14), es importante estudiar su factibilidad y aceptabilidad en nuestro entorno. Actualmente las pruebas rápidas comercializadas legalmente no tienen este uso autorizado en Europa. Sin embargo ya ha sido presentado un test rápido de autorrealización, para la obtención del mercado CE. Puesto que el kit de autotest puede ser adquirido a través de Internet sin garantías de calidad del producto, regular su comercialización proporcionará seguridad y calidad en su utilización, dado que deberán cumplir los estándares de la legislación vigente (13).

En el caso de las ITS, los programas preventivos deben promover intervenciones accesibles, aceptables y eficaces que ofrezcan una gestión de casos completa para las personas infectadas, con el fin de prevenir nuevas infecciones y sus numerosas complicaciones y secuelas a largo plazo, por lo que es esencial realizar un diagnóstico correcto en función del síndrome o un diagnóstico de laboratorio, acompañado de un tratamiento eficaz a fin de interrumpir la cadena de transmisión.

Las nuevas pruebas rápidas de detección de *Treponema pallidum*, podrán mejorar la estrategia de tratamiento temprano y es el camino a seguir

con la incorporación de nuevas generaciones de pruebas, como en el caso de clamidia o las de amplificación de ácidos nucleicos que pueden utilizarse para observar tendencias de la infección y adaptar los protocolos de tratamiento.

Conocimiento científico

En España se estima que entre 130.000 y 160.000 personas presentan infección por el VIH. De éstas, entre un 25 y un 30% desconoce que están infectadas, en línea con las cifras que se barajan para el conjunto de la UE. En cuanto a la situación inmunológica tras el diagnóstico del VIH, en 2012, el 28,3 % de los nuevos diagnósticos notificados al SINIVIH presentaban menos de 200 CD4/ μ l en ese primer análisis y el 47,6%, presentaba menos de 350 CD4/ μ l.

La experiencia adquirida tras la inclusión del test de VIH en los protocolos de atención a la embarazada, y la posibilidad de hacer un tratamiento precoz en caso de obtener un resultado positivo han eliminado prácticamente la transmisión vertical del VIH en las poblaciones donde se aplica. Lo que constituye una clara evidencia de la importancia del diagnóstico precoz y de la necesidad de promover dicho diagnóstico.

A nivel poblacional, el inicio precoz del tratamiento puede reducir la incidencia de VIH mediante la disminución de la carga viral. Un metaanálisis realizado por investigadores de la OMS estima que la tasa de transmisión de una persona en tratamiento es aproximadamente 0,5 por 100 personas-año, comparado con el 5,6 por 100 personas-año sin tratamiento (15).

Hoy en día, se conoce que la realización de la prueba de forma rutinaria, es una intervención coste efectiva cuando la prevalencia de infección oculta del VIH es de al menos un 0.1% (14). Recientemente se han realizado dos estudios en España en los que la prevalencia de la infección oculta por VIH arroja cifras de entre el 0.35% en el estudio de Madrid (16) y del 0.30% en el estudio de Barcelona (17). En Francia han implantado la oferta universal de la prueba VIH dirigida a personas entre 16 y 69 años que acuden a su médico de atención primaria por cualquier motivo no relacionado con la infección (14) y en EEUU la propuesta es una oferta sistemáticamente de la prueba en diversos centros sanitarios (18).

No obstante, el coste efectividad de los programas de cribado varía con el tipo, la frecuencia y el contexto, por tanto, por debajo de esta cifra el coste de la prueba debe justificarse. También debe incluir la derivación al seguimiento clínico, al tratamiento si es necesario, y al apoyo psicosocial.

Un estudio de intervención realizado en un Centro de Salud de la Comunidad de Madrid en población de 18 a 65 años de edad, con el objetivo de

promover el diagnóstico del VIH en Atención Primaria y describir su aceptación, mostró que la oferta sistemática de la prueba del VIH a los pacientes a quienes se va a solicitar un análisis de sangre en este nivel de atención, aumenta significativamente su realización, y raramente es rechazada por la población. Se considera por ello que esta estrategia contribuiría a normalizar la prueba del VIH entre la población general. El estudio concluyó además, que una anamnesis sexual básica en la consulta de Atención Primaria puede ayudar a diagnosticar antes la infección por VIH (19).

Actualmente, existe evidencia de que exigir consentimiento informado por escrito para la realización de la prueba de VIH es una barrera a la realización del test, igualmente se ha demostrado que el consentimiento verbal es una opción adecuada (10).

La Guía diagnóstica para la Región Europea de la OMS propone realizar una breve información pre-test en vez de un completo consejo asistido para hacer el test más factible en algunos establecimientos, donde la realización de éste constituya una barrera. Igualmente se ha demostrado mediante un ensayo aleatorio controlado en una consulta de screening prenatal, que no existe diferencia en la decisión de realizarse la prueba con información pre-prueba o consejo asistido (9). En el estudio del grupo de expertos franceses concluyeron que en las estrategias de rutina de oferta del test, la información pre-prueba puede limitarse a una breve explicación de lo que significa el test y una evaluación de la capacidad de la persona para recibir el resultado (14). Además esta estrategia de información pre-prueba reduce ostensiblemente los costes de la realización de la prueba (3). No obstante se debe adaptar al tipo de centro, al tipo de prueba que se realiza y a la población diana.

Una única estrategia de incremento de la realización de la prueba, no es suficiente para reducir el retraso diagnóstico. La evidencia muestra que aumentar únicamente la oferta para la realización de la prueba, no basta para que sea aceptada, lo que tiene una gran relación con las barreras personales, profesionales e institucionales. También las barreras lingüísticas, culturales o socioeconómicas son componentes de la complejidad de aumentar el número de personas que se testan. Por otra parte, existe evidencia de que la búsqueda de alternativas a los centros dónde se realiza tradicionalmente la prueba, un mayor acercamiento a la población, la realización de pruebas rápidas, ligarlas a un seguimiento y al acceso al tratamiento y las campañas dirigidas a los medios, mejoran los resultados para la petición de realización de la prueba.

Con respecto al uso del autotest, una encuesta realizada a 180.000 personas mostró que el 0,5% (10), habían realizado su última prueba en casa, y el 5,9% afirmaban que el autotest podría ser su método preferido para el futuro. Otra encuesta realizada entre 2.306 HSH encontró que dos tercios

de los mismos opinaban que la posibilidad de realizar el autotest en casa les motivaría para hacerse la prueba con mayor frecuencia (20).

En dos estudios realizados por el Instituto de Salud Carlos III, sobre el uso de un test rápido comercializado en sangre capilar como autotest se encontró que: en el primero, guiado y supervisado, en el que el usuario recibía instrucciones de un consejero sobre cómo realizar el test para su autorrealización, y en el que posteriormente le era realizado por personal sanitario para comprobación, el 99% de los 217 participantes, (IC: 97-100%) obtuvo un resultado válido (21). En el segundo estudio, los 314 participantes recibieron un kit con los materiales necesarios para la realización de la prueba, con instrucciones preparadas «ad hoc» para ello y para la interpretación del resultado. Durante la espera se les solicitó que identificaran el resultado de 6 pruebas en fotografías a tamaño real. El 91,7% (IC: 88-95%) obtuvo una prueba válida en el autotest y el 83,9% (IC: 81-87%) interpretó correctamente los 6 resultados de las fotos. El 56% de los que tuvieron test inválidos lo atribuyeron a que no habían realizado bien el procedimiento, y el 26% de los que no habían interpretado correctamente las fotos a que no lo habían leído correctamente (22).

Otros estudios internacionales han mostrado que el empleo del autotest ha sido aceptable y un alto porcentaje de los usuarios fue capaz de obtener resultados válidos y de interpretar correctamente los resultados (23).

En cualquier caso el kit de autotest debe incluir instrucciones claras de su método de realización y lectura e información para recibir apoyo, bien por escrito mediante la incorporación de un folleto, bien a través del consejo asistido telefónico, o a través de Internet, así como instrucciones para la confirmación del resultado y la garantía del acceso al tratamiento en caso de ser necesario.

El efecto de cofactor de otras infecciones de transmisión sexual en la transmisión del VIH parece ser mayor en el caso de enfermedades ulcerativas. En un estudio realizado en África-Subsahariana, se ha estimado que las úlceras genitales o los antecedentes de éste tipo de enfermedades aumentan de 50 a 300 veces el riesgo de transmisión del VIH en cada relación sexual sin protección. En un estudio realizado en Malawi se observó que la liberación de VIH en el semen aumentaba seis veces en los varones aquejados de uretritis gonocócica. Tras el tratamiento la carga vírica se redujo a los niveles previos (5).

Diversos estudios han demostrado que hay infecciones ulcerativas implicadas en la transmisión del VIH en diverso grado, con riesgos relativos comprendidos entre 1,5, en un estudio sobre sífilis y 8,5 es un estudio de herpes y sífilis, los dos en HSH. Otro estudio realizado en la República Unida de Tanzania mostró que el 74% de las infecciones por VIH entre varones y en un 22% entre mujeres podrían atribuirse a la presencia del virus herpes simple tipo 2 (5).

Diagnosticar precozmente las ITS utilizando técnicas microbiológicas, simples y específicas es crucial para reducir la transmisión y sus secuelas (24), siendo igualmente importante tanto para los enfermos como para la salud pública.

Hay pacientes que siendo asintomáticos pueden transmitir la infección y otros que a pesar de los síntomas, en ocasiones no buscan asistencia adecuada por temor al estigma o por no tener una percepción clara del riesgo de padecer una ITS (25).

El cribado de las ITS ha de basarse en la historia sexual de cada paciente y a partir de ella se puede decidir sobre la necesidad de hacer revisiones periódicas (25).

Las pruebas de cribado de VIH y otras ITS permiten conocer si la población padece alguna de estas infecciones, y prevenir su transmisión mediante el tratamiento y la adopción de medidas adecuadas. La Sociedad Española de Medicina de Familia a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) propone el esquema presentado en la siguiente tabla (Tabla 1) (26).

Tabla 1. Indicaciones del cribado de enfermedades de transmisión sexual

Agente infeccioso	Población diana	Prueba diagnóstica	G.R.
VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres embarazadas o que desean tener un hijo • Personas con signos o síntomas indicativos de infección por VIH o enfermedad característica de Sida • Personas que han compartido material para inyectarse drogas: jeringuillas, agujas, cucharas, filtros, etc. • Personas afectadas por otras ITS • Contactos sexuales de personas infectadas por el VIH • Personas con múltiples contactos sexuales y sus parejas • Personas que han tenido relaciones sexuales sin protección en países con alta prevalencia de infección • Personas con TBC u otra infección que pudiera sugerir inmunodepresión 	Test ELISA + test de confirmación. Repetir a los 3-6 meses si negativo o persisten condiciones de riesgo	A
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres: <ul style="list-style-type: none"> – Menores de 25 años con múltiples parejas sexuales o pareja nueva en el último año – Personas que comercian con el sexo – Contactos sexuales de pacientes con ITS – Antecedentes de infecciones repetidas • Varones: no hay evidencia para recomendar el cribado 	Gram y cultivo	A
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres: <ul style="list-style-type: none"> – Sexualmente activas < 24 años^a – Pareja nueva o múltiples parejas en el último año^a – Historia previa de ITS – No contracepción de barrera – Síntomas sugestivos de infección, secreción purulenta o sangrado intermenstrual – Ectopia, eritema o friabilidad cervical • Varones: No hay evidencia para recomendar el cribado 	Cultivo o PCR o inmunofluorescencia secreción uretral o endocervical ^b	A
VHB	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas 	HbsAg	A
<i>Treponema pallidum</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazadas • Personas que comercian con el sexo • Personas con múltiples contactos sexuales • Personas con otras ITS (incluyendo VIH) • Contactos sexuales de infectados 	VDRL RPR	
VPH	<ul style="list-style-type: none"> • No indica el cribado 		
VHS	<ul style="list-style-type: none"> • No indica el cribado 		A

Fuente: Elaboración propia a partir de: Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPS Aldaz P. *et al*, prevención de las enfermedades infecciosas. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:36-51.

PCR: reacción en cadena de la polimerasa; **TBC:** tuberculosis; **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.

^a Indicaciones en Estados Unidos. En nuestro medio se necesitan estudios poblacionales para establecer la indicación de cribado.

^b Detección de anticuerpos monoclonales específicos por inmunofluorescencia.

GR: Grado de recomendación.

Puntos Clave

- Fomentar el diagnóstico precoz del VIH es esencial para alcanzar una respuesta efectiva al VIH, sin embargo no es un fin en sí mismo, sino que forma parte de los objetivos de prevención, cuidado, apoyo y tratamiento, por tanto su eficacia estará determinada por una atención integral para todo aquel que la necesita.
- Aumentar la cobertura de las pruebas diagnósticas de la infección por VIH y otras ITS para conseguir disminuir la fracción no diagnosticada
- Realizar formación adecuada entre los profesionales que prescriben la prueba a fin de que lo realicen de forma precoz, mediante la sospecha en la primoinfección o en pacientes con síntomas indicativos de infección por VIH, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, así como en centros específicos, en áreas con una mayor prevalencia de enfermedad.
- Incrementar y mejorar el acceso a la prueba y a su realización, son particularmente importantes en las poblaciones con mayor vulnerabilidad y por tanto mayor riesgo: HSH, UDIS, personas que ejercen la prostitución, personas inmigrantes, poblaciones móviles y minorías étnicas, tienen mayor dificultad para acceder al sistema sanitario, sobre todo si se encuentran en situación de exclusión social, por tanto requieren medios alternativos de oferta de la prueba, como centros comunitarios, unidades móviles, mediadores culturales, trabajo de pares, o como los UDIS en los centros de intercambio de jeringuillas o de tratamiento con sustitutivos opiáceos, o en el caso de los internos en prisiones a los que se les debe ofertar la prueba a su ingreso en prisión.
- Todos aquellos centros en los que se realicen pruebas diagnósticas del VIH, tanto sanitarios como comunitarios, deben contar con protocolos de derivación a las unidades asistenciales correspondientes, para garantizar, tanto la continuidad de la atención, como la valoración de inicio del TAR.
- Es necesario valorar la incorporación del autotest, puede contribuir a un aumento en la cobertura poblacional de la prueba, a la responsabilización de la salud y el autocuidado del usuario.
- En la realización del test siempre se tiene que garantizar la confidencialidad y la privacidad al ofrecer un resultado y la protección de datos, (en nuestro país está garantizada por ley.) así como promover los derechos de las personas con VIH y otras ITS, potenciando los mecanismos legales de lucha contra la discriminación.
- La detección y el tratamiento precoz de las ITS es una de las intervenciones más coste efectivas para reducir la incidencia de la infección por VIH en la población general. Si las intervenciones se dirigen a

población con alta probabilidad de transmisión, el coste efectividad es aún mayor, por lo tanto los centros que atienden los casos de ITS son uno de los puntos de entrada cruciales para la prevención del VIH.

- Promover la realización de la prueba del VIH para aumentar el diagnóstico precoz y proporcionar el tratamiento adecuado, junto con programas que fomentan cambios de conducta, son clave para la prevención, puesto que contribuyen a interrumpir la transmisión y reducir la aparición de nuevos casos.
- Igualmente debe promoverse el diagnóstico y tratamiento adecuados de otras ITS, insistiendo especialmente en la búsqueda de casos asintomáticos.

Bibliografía

1. Área de Vigilancia Epidemiológica de VIH y Conductas de Riesgo. Diagnóstico tardío de la infección por VIH. Situación en España. Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida/ Centro Nacional de Epidemiología. Madrid 2011.
2. Enfermedades indicadoras de infección por VIH: Guía para la realización de la prueba del VIH a adultos en entornos sanitarios. Secretaría de HIV in Europe. 2013.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.
4. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006 Jun 26;20(10):1447-50
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006-2015, Ginebra 2007.
6. Asamblea Compromiso de Naciones Unidas en VIH y Sida- 2001.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida. España 2008-2012. Madrid 2008.
8. MSSSI 2013. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf
9. World Health Organization Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region. Policy framework. Geneva 2010.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010. Technical Report. Evidence synthesis for Guidance on HIV testing.
11. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M, Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. *European Journal of Public Health*, Vol. 20, No. 4, 422–432.

12. MMWR: Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR September 22,2006 /55(RR14);1-17.
13. Government Response to the House of Lords. Report Session 2010-12: No vaccine no cure: HIV and AIDS in the United Kingdom. United Kingdom October 2011.
14. Haute Autorité de Santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. 2009. <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009->
15. Overview of HIV Prevention 2013. <http://www.search.medscape.com>
16. Moreno S, Ordobás M, Sanz J.C, Ramos B, Astray J, Ortiz M, García J, Gutiérrez M.A, del Amo J. Prevalence of Undiagnosed HIV-infection in the general population having blood test within primary care in Madrid, Spain. *Sex Transm Infect* 2012;88:522-4.
17. Sequeira E, Menacho I, Muns M, Barba O, Clusa T, Leal L *et al.* Comparison of «Opt-In» versus «Opt-Out» strategies for early HIV detection. En: Libro de Ponencias: International AIDS Conference 2012. Washington DC; 2012. Disponible en: <http://pag.aids2012.org/Abstracts.aspx?AID=4717>
18. US Food and Drug Administration. FDA approves first drug for reducing the risk of sexually acquired HIV infection. News release. July 16, 2012. <http://www.fda.gov/NewsEevbnts/Newsroom/PressAnnouncements/ucm312210.htm>
19. Martín-Cabo R *et al.* Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Gac Sanit.* 2012;26 (2):116–122.
20. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. HIV Home Tests (HIV report 2013/2).
21. de la Fuente L, Rosales-Statkus ME, Hoyos J, Pulido J, Santos S, Bravo MJ, *et al.* Are Participants in a Street-Based HIV Testing Program Able to Perform Their Own Rapid Test and Interpret the Results? *PLoS ONE* 2012; 7(10):e46555.
22. Sánchez R, Ruiz M, Ferreras E, Pulido J, Hernando O, Molist G, Gutierrez J, Rosales M, ¿Son capaces de realizarse el test rápido de VIH e interpretar sus resultados quienes acuden a un programa móvil de diagnóstico? Congreso Nacional de Seisida. Santiago de Compostela 17-20 junio 2010.
23. British HIV Association, British Association of Sexual Health and HIV and British Infection Society. UK national Guidelines for HIV Testing 2008. <http://www.bhiva.org/HIVTesting2008.aspx>
24. Vázquez F *et al.* Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (2007). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008;26(1):32-7.
25. Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011.
26. Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPS. Prevención de las enfermedades infecciosas. *Aten Primaria.* 2012;44 Supl 1:36-5.

Línea Estratégica II: Promover la salud y prevenir la infección

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

Antecedentes

Los avances en la terapia antirretroviral y una profilaxis adecuada han conseguido mejorar de forma notoria el pronóstico de los pacientes con infección por el VIH, objetivándose un importante descenso de la morbimortalidad, gracias fundamentalmente a la disminución de la incidencia de infecciones oportunistas. Esto obliga a considerar la infección por VIH desde una nueva perspectiva, teniendo en cuenta que actualmente se ha convertido en una enfermedad con dos aspectos a destacar:

1. Su evolución crónica: Con una supervivencia en pacientes asintomáticos similar a la de la población general, con normalización de la calidad de vida y con un tratamiento de por vida, lo que favorece la falta de adherencia, y la aparición de efectos adversos (EA) y de resistencias.
2. Su carácter de enfermedad inflamatoria sistémica, que conlleva la afectación multiorgánica, la aparición de neoplasias no definitivas de sida y el envejecimiento prematuro de los pacientes

Esta nueva perspectiva hace que tanto los profesionales como los servicios en los cuales se atiende a personas con infección por el VIH deban estar preparados para poder afrontar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de dichas comorbilidades. Así mismo, y dado el conocimiento que existe sobre su morbilidad, se hace necesario prevenir de forma activa la aparición de las mismas. En caso de estar ya presentes en el paciente, la prevención terciaria deberá desarrollar las acciones necesarias para paliar los efectos que puedan producir sobre la salud de los pacientes.

Según las publicaciones basadas en el mejor conocimiento científico, en la actualidad las comorbilidades más prevalentes en la población VIH son la tuberculosis, la hepatopatía crónica, los tumores no sida y las alteraciones neuropsiquiátricas. Además hay que tener en cuenta la morbilidad

relacionada con los efectos adversos de la medicación: las alteraciones metabólicas, los eventos cardiovasculares, con el consiguiente aumento del riesgo cardiovascular (RCV), las alteraciones del metabolismo óseo, y las alteraciones renales.

Debemos considerar que en el paciente VIH a veces es difícil distinguir entre una comorbilidad y un efecto adverso ya que en algunas ocasiones, se suman patologías y eso produce que la propia acción del VIH favorezca la aparición de lo que podría ser una comorbilidad y el TAR provocar como efecto adverso un aumento de la frecuencia o un empeoramiento de esa comorbilidad existiendo una estrecha línea entre ambos.

Los fármacos antirretrovirales tienen numerosos efectos adversos, tanto agudos como crónicos, que afectan a múltiples órganos y sistemas y presentan interacciones medicamentosas potencialmente relevantes con innumerables fármacos. Además, el cumplimiento inadecuado del tratamiento antirretroviral conduce al desarrollo de mutaciones en los genes que codifican las proteínas del VIH, las cuales confieren resistencia farmacológica frente a los antirretrovirales y, como consecuencia, provocan el fracaso de dicho tratamiento.

Las alteraciones metabólicas, la lipodistrofia, los eventos cardiovasculares o las alteraciones en el metabolismo óseo, han obligado a realizar un cambio en las recomendaciones de TAR con el objeto de buscar combinaciones con pocos efectos adversos y con un buen perfil metabólico en beneficio de los pacientes. Así mismo, todos los ensayos clínicos realizados con nuevos fármacos o nuevas dosificaciones de fármacos en uso, han incluido dentro de sus objetivos la búsqueda de una disminución significativa de los efectos adversos (1).

En el momento actual disponemos de nuevas familias de fármacos que han hecho que el panorama de la infección por el VIH haya cambiado de forma radical. El perfil metabólico de los mismos ha mejorado de forma sustancial y el aumento del conocimiento de estos efectos adversos así como la monitorización que se realiza de los pacientes, hace que cualquier efecto relacionado con la medicación o con el propio VIH, sea detectado de forma rápida y aplicadas las medidas correctoras en el menor tiempo posible.

Uno de los principales retos planteados por el PNS ha estado en relación con uno de los EA más importantes y con mayor estigma que se han producido en la infección por VIH, la lipodistrofia, especialmente la lipodistrofia facial. Afortunadamente, disponemos de fármacos en la actualidad que tienen relativamente poco efecto sobre la redistribución de grasa por lo que la incidencia de lipodistrofia ha disminuido de forma muy considerable. A pesar de ello, debemos seguir alerta ya que no sólo es el TAR uno de los factores etiológicos de la aparición de la lipodistrofia sino que el propio

VIH y factores genéticos, sexo entre otros, son factores favorecedores del reparto anómalo de la grasa.

En marzo de 2013 finalizó el uso tutelado de la cirugía reparadora para la lipoatrofia facial, puesto en marcha tres años antes por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Real Decreto 207/2010 de 26 de Febrero de 2010), con el objeto valorar la inclusión como prestación sanitaria, de la cirugía reparadora de la lipoatrofia facial con grasa autóloga o derivados poliacrilamídicos.

Se realizó la intervención a más de 1.000 pacientes de diferentes CCAA y los resultados fueron muy satisfactorios. La misma ha supuesto para muchos pacientes una recuperación de la autoestima y un aumento significativo de la calidad de vida.

Tras la evaluación del uso tutelado durante el periodo 2010-2013, se aprobó la inclusión en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud del tratamiento de la lipoatrofia facial secundaria a la infección por VIH-sida con grasa autóloga. La normativa que regulará dicha prestación está actualmente en tramitación.

La aparición de comorbilidades y efectos adversos se ven potenciados por el envejecimiento de las personas VIH, haciendo que aparezcan enfermedades relacionadas con la edad. Estas enfermedades son claramente superponibles a las propias del VIH de larga evolución con lo que se produce un aumento de la incidencia de afecciones tales como la diabetes, hipertensión, osteoporosis, insuficiencia renal...etc., lo que complica el manejo del tratamiento. A esto debemos sumarle las interacciones farmacológicas que pueden aparecer al sumar los fármacos antirretrovirales a los fármacos de las diferentes enfermedades. Esta polimedicación hace que el seguimiento deba ser muy estrecho y que sea preciso que el médico sea un experto en el manejo de la infección por el VIH.

El acceso a recomendaciones desarrolladas de manera rigurosa es de especial utilidad en el campo del VIH, por la aparición continua de conocimiento científico que añade complejidad al abordaje terapéutico de este problema de salud. En este sentido, el PNS ha trabajado de forma continuada junto con diferentes Sociedades Científicas, en la elaboración de documentos de consenso, los cuales tienen un seguimiento que se acerca al 100% según un estudio realizado por GeSIDA. La Cochrane ha valorado la calidad de las 4 recomendaciones con mayor impacto (TAR del adulto, TAR del niño y adolescente, Embarazo, parto y profilaxis del niño expuesto y Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional) y el resultado final ha sido que en su mayoría cumplen con los requisitos de calidad exigidos para una recomendación clínica de estas características.

Conocimiento científico

El reconocimiento temprano de la comorbilidad permitirá poner en marcha el engranaje que abarca el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del paciente.

La tuberculosis, en sus diferentes manifestaciones clínicas, sigue siendo una comorbilidad prevalente aunque ha disminuido mucho su frecuencia. Datos recientes en algunas poblaciones españolas parecen indicar que esta prevalencia podría situarse algo por encima del 4%, aunque existe cierta discordancia en diferentes estudios locales. En un análisis transversal realizado en 2008, con 1.083 muestras procedentes de 120 laboratorios de toda España, la tasa de resistencia primaria a isoniacida fue del 4,9%. En el caso de los inmigrantes, como colectivo, las tasas de resistencia primaria son sistemáticamente superiores aunque la prevalencia es variable en función de la existente en el país de origen.

En la actualidad disponemos de diferentes ensayos clínicos que nos han aclarado cuando debemos iniciar el TAR una vez diagnosticada la tuberculosis (2) y como sospechar la presencia de un síndrome de reconstitución inmune, cuya incidencia varía ampliamente (del 8 a 40%) entre distintos estudios (2).

Siempre que sea posible se recomienda el uso de formulaciones combinadas, tanto de fármacos antituberculosos como antirretrovirales, con objeto de simplificar el tratamiento y evitar la selección de resistencias como consecuencia de una mala adherencia selectiva (3, 4).

La enfermedad hepática es la principal causa de muerte en la era TAR comparativamente con la era preTAR. Aproximadamente, y según las diferentes series, el porcentaje de muertes por enfermedad hepática terminal, entre todas las causas de muerte en pacientes con infección por el VIH, es de un 45%. Martínez *et al* recogieron las causas de muerte de los pacientes en TAR (n=235) y se observó que la primera causa de muerte (23%) era la enfermedad hepática, por encima de la tuberculosis, los linfomas o la enfermedad cardiovascular (5).

Se estima que en España, la prevalencia de coinfección activa por virus de la hepatitis C en pacientes con infección por VIH es del 30%. De ese 30% aproximadamente el 35% presenta fibrosis avanzada y el 20-25% cirrosis hepática. Del total de pacientes con enfermedad hepática crónica, un 17% es candidato a trasplante hepático (6).

Según la «Encuesta hospitalaria 2012» a lo largo del periodo 2004-2012, la proporción de pacientes que presentó hepatopatía crónica por virus C aumentó significativamente (del 63,5% en 2004 al 68,5% en 2012), al igual que los casos de cirrosis (del 12,4% en 2004 al 17,7% en 2012) (7). El 33% de los pacientes afectados por el VHC en el año 2012 recibían o habían recibido con anterioridad tratamiento.

El tratamiento para la hepatitis C ha conseguido disminuir la morbilidad, estando, a los 5 años del diagnóstico, más tiempo sin problemas relacionados con el hígado y sin descompensación de la cirrosis, tal y como recoge la serie publicada por Fernández Rodríguez *et al* (8). Así mismo, Cardoso *et al* (9) comunicaron que gracias al tratamiento de la hepatitis C los pacientes se mantenían una media de 12 años sin hepatocarcinoma.

Los tratamientos habituales (Ribavirina e Interferon Pegilado), consiguen curar aproximadamente un 30% de los casos de los enfermos infectados por el genotipo 1, que es la forma más común (75 % de los infectados). La comercialización de los primeros inhibidores de la proteasa (IPs) del virus de la hepatitis C, supone un cambio esperanzador en el tratamiento de la hepatitis crónica por el VHC. La triple terapia tiene una eficacia superior a la del tratamiento clásico, pero ocasiona más efectos secundarios y, además, implica la necesidad de una evaluación más minuciosa y un seguimiento más frecuente de los enfermos en tratamiento. Ambos hechos pueden tener un impacto asistencial importante en los centros que atienden enfermos con hepatitis C (10,11).

El Ministerio de Sanidad, en colaboración con diferentes expertos en VIH y en hepatología, ha elaborado unas recomendaciones generales para el tratamiento con los nuevos IPs en pacientes monoinfectados (12).

En el último año han aparecido nuevas familias de fármacos contra la hepatitis C con una eficacia muy superior a los IPs llegando a tasas de curación que se acercan al 100%.

Se ha demostrado que al igual que en la población general, los factores de riesgo tradicionales son los que determinan principalmente el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en los pacientes con infección por VIH. El efecto de la inflamación crónica de bajo grado y la activación inmune pueden poseer un papel relevante en la patogenia de la enfermedad cardiovascular. La infección por el VIH no controlada y ciertos regímenes de TAR incrementan también dicho riesgo, aunque es muy probable que la contribución de estos últimos sea menor que la de los otros factores ya mencionados. Dada la elevada frecuencia de factores de riesgo tradicionales modificables, se hace recomendable un manejo más agresivo de los mismos tal y como recomiendan las guías de TAR tanto nacionales como internacionales. Diferentes estudios han demostrado estos datos, como el de Masía *et al* (13), en el que observaron que la prevalencia de factores de riesgo modificables es muy elevada en la población VIH española.

Tal y como han definido Grunfeld *et al* (14), el propio VIH es un factor de RCV, ya que se asocia con aterogénesis siendo un factor independiente de riesgo asociado al tabaquismo, diabetes, edad, tensión arterial, colesterol total y HDL-colesterol. Así mismo, los linfocitos CD4 bajos favorecen una

mayor disfunción endotelial y es un factor independiente de eventos cardiovasculares tal y como han publicado Ho JE *et al* (15).

El mayor estudio observacional realizado hasta el momento en VIH, el D:A:D study Group, ha demostrado que la exposición al TAR se asocia a una mayor probabilidad de infarto de miocardio (16).

Merece la pena valorar los resultados de una de las cohortes más importantes españolas, la cohorte CoRIS iniciada en 2004, en relación con el riesgo, factores predictores y mortalidad asociada a eventos no definitorios de sida (ENDS) en nuevos diagnósticos de VIH relacionados con el papel de la terapia ARV. Los resultados de esta cohorte nos confirman que se ha producido una disminución de los eventos definitorios de sida (EDS) y un aumento de los ENDS.

El envejecimiento no se considera un efecto adverso o una comorbilidad pero debemos incluirlo en este apartado debido a la superposición de efectos sobre las personas con infección por VIH. Una elevada proporción de pacientes se encuentran en la actualidad alrededor de la edad de 50 años. En términos de senescencia, existen similitudes biológicas del sistema inmune de pacientes jóvenes con infección por el VIH y las observadas en el envejecimiento fisiológico; por otra parte, se describen en pacientes con infección por el VIH relativamente jóvenes enfermedades observadas con frecuencia en edades más avanzadas, como osteoporosis, deterioro cognitivo o sarcopenia. Para estas enfermedades crónicas se han reconocido factores de riesgo similares a los de la población general pero sobrerrepresentados en pacientes con infección por VIH (como el tabaco) y otros propios de la infección por VIH, como la propia inmunodeficiencia (nadir de CD4), la inmunoactivación y la inflamación. Esto justifica la monitorización y las intervenciones de prevención intensas, al menos similares a las recomendadas para la población general. Hay que ser especialmente cuidadosos con la polifarmacia presente en los pacientes mayores debido a las posibles interacciones farmacológicas y a los EA secundarios a los fármacos. Según un estudio publicado por Pacheco Ramos *et al* (17), de 477 pacientes registraron polifarmacia en 150 casos. Las interacciones que se encontraron fueron potencialmente graves en un 17% y en un 10% moderadas. Por ello, la conclusión de los autores es que parece prudente realizar de forma multidisciplinar el seguimiento farmacoterapéutico y la monitorización clínica de los pacientes polimedcados.

Existen aspectos específicos del sexo que obligan a realizar modificaciones en el TAR y deben ser tenidos en cuenta. Así el potencial reproductivo de la mujer, en sus distintas etapas, condiciona una cuidadosa aproximación multidisciplinar, con el fin no solo de evitar la transmisión vertical, sino además de prevenir otras ITS, embarazos no deseados y comorbilidades específicas (infección por VPH y carcinoma de cérvix).

Puntos clave

- El TAR y una profilaxis adecuada de las infecciones oportunistas, ha supuesto una mejora notable en el pronóstico y en la calidad de vida de los pacientes con VIH.
- La asistencia sanitaria al paciente con VIH y otras ITS debe abarcar no solo el diagnóstico y el tratamiento, sino también aspectos relacionados con los hábitos de vida de los pacientes y siempre teniendo en cuenta las implicaciones para la salud pública de estas infecciones.
- Las patologías relacionadas con la propia infección por el VIH y los procesos asociados con la misma no solo se centran en las enfermedades infecciosas, sino que abarcan todo el espectro de la medicina interna (aparato respiratorio, aparato digestivo neurología, hepatología, nefrología, oncología, cardiología, hematología, etc.) y de otras disciplinas.
- Hay que tener en cuenta los numerosos efectos adversos de los fármacos antirretrovirales, las interacciones medicamentosas que presentan y la posibilidad de la aparición de resistencias que provoquen el fracaso del tratamiento.
- Es necesario que los profesionales que atienden a los pacientes con infección por VIH u otras ITS sean especialistas expertos, con una buena formación en todos los aspectos del VIH y sus enfermedades asociadas, que les capacite para reconocer y responder de inmediato ante un posible EA o una comorbilidad asociada, minimizando así los efectos negativos sobre el paciente.
- Las principales guías de práctica clínica sobre el TAR se revisan con una periodicidad anual, debido a los continuos avances motivados por la incorporación de nuevos fármacos, estrategias terapéuticas o procedimientos diagnósticos.
- Desde el PNS se debe participar en la formación de los profesionales, dotándoles de herramientas de fácil acceso que les permitan estar al día de las novedades más importantes en las diferentes áreas asistenciales.
- Facilitar el tratamiento de la lipoatrofia facial secundaria a la infección por VIH-sida con grasa autóloga posibilita una mejora notable en la calidad de vida de los pacientes afectados
- En el abordaje de los pacientes con infección por VIH y otras ITS es fundamental el trabajo multidisciplinar, abarcando desde la asistencia primaria a la especializada, e incluyendo todas las especialidades relacionadas con la atención de estos pacientes.

Bibliografía

1. Documento de consenso de alteraciones metabólicas y riesgo cardiovascular en pacientes con infección por el VIH. Febrero de 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docAlteracionesMetabolicas_Feb2014.pdf
2. Blanc FX, Sok T, Laureillard D, *et al*; CAMELIA (ANRS 1295–CIPRA KH001) Study Team. Earlier versus later start of antiretroviral therapy in HIV-infected adults with tuberculosis. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1471-81.
3. 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)». http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoTB_VIHDefinitivo21Ene2013.pdf
4. Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. 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). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoTARGesidaPNSAdultos_enero2014.pdf
5. Martínez E, Milincovic A, Buirra E *et al*. Incidence and causes of death in HIV-infected persons receiving highly active antiretroviral therapy compared with estimates for the general population of similar age and from the same geographical area. *HIV Med*. 2007; 8 (4):251-8.
6. Berenguer J *et al*. The GESIDA HIV/HCV Cohort Study Group. Clinical effects of viral relapse after interferon plus ribavirin in patients co-infected with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus. *Journal of Hepatology* 2013; Vol 58,(6):1104–1112.
7. MSSSI. Plan Nacional del Sida. Ministerio de Economía y Competitividad. ISCIII. Centro Nacional de Epidemiología. Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/Sida Resultados 2012 y evolución 2000-2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/EncuestaHospitalaria2012.pdf>
8. Fernández Rodríguez C, Alonso S, Martínez S *et al*. Peginterferon Plus Ribavirin and Sustained Virological Response in HCV-Related Cirrhosis: Outcomes and Factors Predicting Response. *AM J Gastroenterol*, 2010;105: 2164-2172.
9. Cardoso AC, Moucari R, Figueiredo-Mendes C, *et al* Impact of peginterferon and ribavirin therapy on hepatocellular carcinoma: incidence and survival in hepatitis C patients with advanced fibrosis. *J Hepatol* 2010;52: 652-7.
10. Macías J, Rivero A. Eficacia y seguridad de telaprevir en el paciente coinfectado por el virus de la inmunodeficiencia humana y el virus de la hepatitis C. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(Supl 3):33-36.
11. Chueca N *et al*. Actualización en la terapia de la hepatitis C. Nuevos fármacos, monitorización de la respuesta y resistencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(Supl1):40-4.
12. MSSSI. Dirección general de cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia. AEMPS. Tratamiento de la hepatitis crónica C (VHC). Criterios y

recomendaciones generales para el tratamiento con boceprevir y telaprevir de la hepatitis crónica C (VHC) en pacientes mono infectados. Estrategia terapéutica recomendada para el uso de inhibidores de la proteasa para el tratamiento de la hepatitis crónica C (VHC) en pacientes mono infectados en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/TRATAMIENTO_HEPATITIS_CRONICA_C.pdf

13. Masiá M. *et al.* Riesgo cardiovascular en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. Cohorte CoRIS, 2011. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30 (9):517–527.
14. Grunfeld C, Delaney J, Wanke C, *et al.* HIV Infection Is an Independent Risk Factor for Atherosclerosis Similar in Magnitude to Traditional Cardiovascular Disease Risk Factors. Presentación Oral 146. CROI 2009, Montreal.
15. Ho JE, Scherzer R, *et al.* The association of CD4+ T-cell counts and cardiovascular risk in treated HIV disease. *AIDS.* 26(9):1115-1120, June 1, 2012.
16. Worm SW, Sabin C, Weber R, *et al.* Risk of myocardial infarction in patients with HIV infection exposed to specific individual antiretroviral drugs from the 3 major drug classes: the data collection on adverse events of anti-HIV drugs (D:A:D) study. *J Infect Dis.* 2010 Feb 1;201 (3):318-30. doi: 10.1086/649897.
17. Pacheco Ramos *et al* (Revista multidisciplinar de Sida. Vol 1, Mayo 2013.pp:72-73) <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>

Línea estratégica III: Mejorar los resultados en salud

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

Antecedentes

La prevención y el diagnóstico precoz se han convertido en herramientas fundamentales para el control de la pandemia y para garantizar la sostenibilidad de la atención sanitaria de las personas con infección por el VIH. Las personas diagnosticadas cuando presentan inmunodepresión severa (<200 CD4/ μ L) tienen un pronóstico mucho más desfavorable que aquellas diagnosticadas en fases iniciales de la infección. Un diagnóstico precoz implica, en la mayoría de los casos, que las personas diagnosticadas podrán beneficiarse antes del tratamiento antirretroviral, cuyo objetivo fundamental es obtener una carga viral indetectable y normalizar la situación inmune. Esto no sólo repercute en la salud individual, sino que conlleva también beneficios en términos de salud pública, ya que la carga viral es uno de los factores que determinan el riesgo de transmisión del virus, y la inmunodepresión es el mayor determinante de la aparición de enfermedades infecciosas.

El diagnóstico precoz de la infección por VIH permite un mejor manejo clínico de los pacientes instaurando el TAR en el momento más adecuado, así como las pautas de quimioprofilaxis como prevención de infecciones oportunistas. Así mismo, en términos de salud pública, permite un mejor control en la expansión de la enfermedad.

A pesar de las múltiples campañas que se han realizado para promocionar la prueba del VIH e instar a la población que haya tenido alguna práctica de riesgo a realizarse la misma, en España en el momento actual los datos epidemiológicos muestran un retraso diagnóstico cercano al 50%. Esto tiene una repercusión muy importante sobre la supervivencia de los pacientes ya que el retraso en el inicio del TAR supone una peor respuesta al mismo con la consiguiente posibilidad de aumento de la morbilidad y de la mortalidad.

Lo recomendable es que todo diagnóstico nuevo de infección por VIH se realice cuando los pacientes todavía no presenten una disminución

de linfocitos CD4+ por debajo de 500 células/ μ l para obtener la máxima efectividad posible del tratamiento. Así viene recogido en los Documentos de Consenso elaborados desde el PNS(1,2,3) en colaboración con distintas Sociedades Científicas así como en otras guías internacionales tales como las realizadas por el *Department of Health and Human Services* de Estados Unidos (4).

El TAR disminuye la CVP en las secreciones genitales, lo que puede contribuir a la reducción de la transmisión sexual. La mayor evidencia de la efectividad del TAR en la reducción de la transmisión sexual del VIH-1 proviene del estudio aleatorizado HPTN 052 (5) y de estudios observacionales realizados en parejas heterosexuales serodiscordantes.

El TAR se basa en combinaciones de al menos tres fármacos lo que retrasa la progresión clínica (morbilidad e ingresos hospitalarios), reduce los costes y aumenta la supervivencia (6). Claramente, existe un beneficio significativo para el individuo cuando el TAR sigue las recomendaciones de tratamiento actuales, que recomiendan iniciar tratamiento de los adultos y adolescentes que presenten menos de 500 linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico (1,2,3).

En el caso de las ITS cuando se sospeche o diagnostique una infección, deberá administrarse rápidamente un tratamiento eficaz para evitar complicaciones y secuelas a largo plazo e interrumpir la cadena de transmisión. El paciente debe recibir información y orientación sobre el tratamiento, la notificación a las parejas sexuales y el tratamiento de sus infecciones, la reducción de riesgos y el uso correcto y sistemático de preservativos. Debe preverse la derivación de pacientes siempre que sea necesario, como en el caso de complicaciones o secuelas.

Un aspecto importante es el de la aparición de resistencias a los antibióticos empleados en el tratamiento de algunas ITS, consecuencia en gran parte de un uso indiscriminado de los mismos y también de una mala adherencia por parte de los pacientes. Resulta imprescindible por ello que las autoridades sanitarias vigilen estrechamente la prevalencia de los patógenos responsables de las ITS y la aparición de resistencias, especialmente en el caso de *Neisseria gonorrhoeae* y *Haemophilus ducreyi* entre las bacterias, y el VHS tipo 2 entre los virus (7).

Conocimiento científico

Basándose en la estrategia *Universal Test and Treat*, Charlebois ED *et al* han comunicado recientemente que la instauración de tratamiento antirretroviral a todos los pacientes con menos de 500 células/ μ l reduciría en un 42% el número estimado de nuevas infecciones a los diez años (8).

La terapia antirretroviral puede reducir la viremia en plasma a niveles indetectables en una proporción importante de individuos con el VIH y con ello la morbimortalidad. Además, la eficiencia de la transmisión del VIH es directamente proporcional a la carga viral en la transmisión individual. Dado el claro efecto del TAR sobre la carga viral, es razonable considerar el uso del tratamiento como un medio para prevenir la transmisión del VIH (9).

Cada vez hay más estudios que demuestran la eficacia del TAR como prevención de la transmisión del VIH, basados en investigaciones previas sobre prevención de la transmisión materno-infantil, en parejas serodiscordantes y de profilaxis post-exposición (10).

Actualmente el coste del TAR alcanza un rango entre 5.500 y 14.000 euros por cada paciente al año, sin embargo los resultados de varios estudios muestran que entre un 20% y un 50% de pacientes con TAR activo presentan una adherencia inadecuada al mismo. Por ello, la falta de adherencia al TAR puede ser considerada como un problema de ineficiencia que impide alcanzar la efectividad clínica de los fármacos (11).

La importancia de conseguir una buena adherencia al TAR resulta evidente y así queda reflejado en un *Documento de Consenso con recomendaciones para mejorar la adherencia al TAR en el adulto*, elaborado conjuntamente por el PNS, Gesida y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (12).

En todos los casos es fundamental disponer de un sistema de información válido y fiable del número de pacientes en TAR, desagregados por sexo y edad, motivo de inicio de TAR (embarazo, profilaxis postexposición...), tipo de combinación utilizada, cambios de TAR (efectos adversos, resistencia...). Es decir, contar con un sistema de información fidedigno del que obtener información directa para responder a las cuestiones planteadas en relación con el tratamiento, cumpliendo así con los compromisos de información adquiridos, tanto nacionales como internacionales, y posibilitando la elaboración de estrategias de optimización del TAR en beneficio del paciente.

Otro aspecto importante es conseguir que en el caso de que se produzca una exposición accidental al VIH, ocupacional o no, las personas afectadas reciban una correcta valoración del riesgo de transmisión del virus y puedan acceder a la profilaxis postexposición si resulta necesaria, siempre de acuerdo con las recomendaciones de Guías y otros Documentos de consenso (13).

Así mismo, el debate generado por el uso del TAR como profilaxis pre-exposición (PrEP) no ha hecho más que empezar y se espera que los resultados de los estudios en marcha nos puedan aclarar algo más todo lo relacionado con esta práctica. La PrEP es un reto para los organismos internacionales.

En el año 2012 la OMS publicó una *Guía de Recomendaciones* en la que se puede considerar la PrEP como una intervención adicional en parejas serodiscordantes y en hombres y mujeres transexuales que tiene sexo con hombres (14).

En 2014 los CDC han publicado un documento sobre *Recomendaciones de uso de la PrEP*, aplicables a todas aquellas personas en situaciones de riesgo de infección por el VIH, como relaciones sexuales con parejas VIH(+), gays/bisexuales expuestos a prácticas de riesgo, o uso de drogas inyectables y también a personas diagnosticadas de una ITS en los últimos seis meses, o en tratamiento de deshabituación por drogas (15).

En la Unión Europea actualmente no existe un posicionamiento común de todos los países miembros. El ECDC recientemente ha comentado que el estado actual de conocimientos científicos, la baja adherencia al tratamiento y la falta de coste efectividad de la PrEP no permite emitir ninguna recomendación a este respecto (16).

Solamente en el Reino Unido la *British Medical Association* ha editado una Declaración sobre la PrEP sin realizar ningún posicionamiento de uso, puesto que considera que la evidencia en estos momentos no permite su recomendación (17).

Puntos clave

- Hay suficientes estudios en la literatura médica que avalan la efectividad del TAR en las personas con infección por el VIH, disminuyendo la mortalidad y mejorando de forma significativa la calidad de vida.
- Se debe insistir en la necesidad de un diagnóstico precoz tanto de VIH como de otras ITS, para poder iniciar el tratamiento de forma temprana y de esta forma disminuir la transmisión y la morbi-mortalidad de los pacientes.
- Tomando como referencia los Documentos de Consenso de tratamiento antirretroviral en adultos, niños y adolescentes, la mejor estrategia de salud pública en la actualidad es la de ofertar TAR a todos los pacientes con infección VIH que lo precisen. Es fundamental conocer en que situaciones se debe iniciar el TAR independientemente del número de linfocitos CD4. Especial atención merece la mujer con infección por VIH embarazada, ya que en estos casos es prioritario iniciar el TAR para preservar la salud tanto de la madre como del niño expuesto.
- No existe evidencia científica suficiente para recomendar la PrEP en todos los casos, ya que a pesar de algunos prometedores resul-

tados todavía persisten aspectos que requieren de mayor investigación, tales como el coste efectividad a largo plazo, la aparición de efectos adversos y resistencias, y el posible efecto en la reducción del uso del preservativo y su impacto en la reducción/ incremento del riesgo de transmisión de VIH y otras ITS.

- El planteamiento del TAR en la exposición al VIH tanto laboral como no laboral debe realizarse según el riesgo de transmisión. Para ello se recomienda consultar las *Recomendaciones sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en la infección por el VIH*, elaboradas desde el PNS en colaboración con diferentes Sociedades Científicas.
- A pesar de los avances en el acceso al tratamiento antirretroviral, aún quedan muchos retos en la prestación de atención a las personas con infección por VIH. Uno de los más importantes es el relacionado con la cumplimentación del TAR ya que el éxito del mismo depende de una buena adherencia al tratamiento. El PNS ha publicado unas *Recomendaciones sobre la adherencia al TAR* en colaboración con diferentes Sociedades Científicas, en las que se dan las claves para fomentar la adherencia al tratamiento y estimular el trabajo multidisciplinar en este sentido.
- Ante la necesidad de disponer de información actualizada, válida y fiable sobre las personas en TAR en España, desde el PNS se ha diseñado una aplicación Web, que da respuesta a estas necesidades de información sobre el tratamiento, que se implementará en todas las CCAA en los próximos años con el objetivo de garantizar una información homogénea y comparable.

Bibliografía

1. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. 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). Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoTARGesidaPNSAdultos_enero2014.pdf
2. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. 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). Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/RecomendacionesMujeresVIHAbril2013_2.pdf
3. Panel de expertos del Colaborativo Español para la Infección VIH Pediátrica (CEVIHP), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) de la Asociación Española de

Pediatría (AEP) y Secretaría del Plan Nacional del Sida. Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. (Actualización Febrero de 2012). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/DocTARNsAdolescentes26Jun12.pdf>

4. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services 2014. Disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>
5. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365:493-505.
6. Palella FJ, Jr., Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, *et al.* Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med* 1998; 338:853-860.
7. OMS 2007. «Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006–2015: romper la cadena de transmisión».
8. Charlebois ED, Das M, Porco TC, Havlir DV. The Effect of Expanded antiretroviral Treatment Strategies on the HIV Epidemic among Men Who Have Sex with Men in San Francisco. *Clin Infect Dis* 2011; 52:1046-9.
9. Wilson DP, Law MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. *Lancet*. 2008;372 (9635):314-320.
10. Castilla J, Del Romero J, Hernando V, Marincovich B, Garcia S, Rodriguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmisión of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;40(1):96-101.
11. Blasco A.J. *et al.* Análisis de costes y de coste/eficacia de las pautas preferentes de GESIDA/ Plan Nacional sobre el Sida en 2013 para el tratamiento antirretroviral inicial en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31 (9):568–578.
12. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (Actualización Junio de 2008). <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviral062008.pdf>
13. Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/ CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños (Enero 2008). http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf
14. WHO GUIDANCE on Pre-exposure Oral Prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples men and transgender woman have sex with men at high risk of HIV. July 2012.
15. Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States – 2014 (Clinical Practice Guideline).
16. ECDC Comment: Treatment as prevention: U.S. CDC. Clinical Guidance on Preexposure Prophylaxis for HIV. 16 May 2014.
17. Mc Cormack S, Fidler S, Fisher M, The British HIV Association/British Association for Sexual Health and HIV Position Statement on preexposure prophylaxis in the UK. *Int J STD AIDS* 2012 Jan; 23(1):1-4).

Línea Estratégica III: Mejorar los resultados en salud

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

Antecedentes

En el último quinquenio el concepto de adherencia de los pacientes con infección VIH ha sobrepasado el marco del tratamiento antirretroviral para pasar a incluir la adherencia a la atención, concepto que algunos autores han llamado «el compromiso con la atención». En EEUU la *Health Resources and Services Administration* (HRSA) ha propuesto un modelo continuo que abarca desde las personas con infección por el VIH que desconocen su estado serológico hasta aquellas totalmente comprometidas con la atención a su enfermedad (1).

Este proceso de compromiso de las personas con VIH en la atención sanitaria de su enfermedad resulta de una compleja interrelación entre el individuo, su entorno socio-familiar, la comunidad en la que se incluye el sistema de atención sanitaria, y las políticas de salud de cada país. Es preciso tener en mente que lograr el máximo compromiso de la mayoría de las personas con infección por el VIH debe ser un objetivo del conjunto del sistema sanitario y de cualquiera de sus agentes.

A diferencia de otros países, el desarrollo histórico del Sistema Nacional de Salud en España garantiza el derecho universal a la asistencia, incluida por supuesto la de las personas con infección por el VIH y otras ITS. No obstante, los cambios epidemiológicos de la enfermedad, fundamentalmente la mayor supervivencia de las personas con infección por el VIH hasta conseguir expectativas de vida similares a las de la población general y la creciente importancia de la transmisión sexual de la infección, el fenómeno de la inmigración, el envejecimiento de muchos pacientes con la aparición de múltiples comorbilidades, la persistencia de un alto número de diagnósticos tardíos de la enfermedad, han planteado la necesidad de estrategias preventivas añadidas a las tradicionales.

La especial interacción que tiene la infección por el VIH con otras ITS hace que la valoración de éstas, en el contexto del paciente con infección

por el VIH, merezca una atención especial. Además intervenciones dirigidas a concienciar sobre la seguridad en la conducta sexual, el diagnóstico y tratamiento temprano de las ITS son fundamentales para su prevención. Hay evidencia de que las ITS sintomáticas están asociadas a un incremento en la posibilidad de transmisión de las mismas, sin embargo muchas de las ITS tienen, al menos en su inicio, un comportamiento silente, asintomático o paucisintomático, y no por ello dejan de tener riesgo de ser transmitidas.

Las Unidades de VIH, adscritas a las unidades, secciones o servicios de Enfermedades Infecciosas, o a los servicios de Medicina Interna de los hospitales del Sistema Público de Salud, son las encargadas de: valorar, estudiar y manejar la propia infección por el VIH así como las múltiples enfermedades o procesos asociados con ella (incluyendo la prevención primaria y secundaria de las mismas), establecer cuándo y con qué combinación de fármacos ha de iniciarse el tratamiento antirretroviral, y, en caso necesario, derivarlas a otros especialistas para el estudio o tratamiento de patologías específicas. Asimismo, el personal médico de la unidad de VIH es el nexo de unión entre los demás profesionales que conforman el equipo multidisciplinar que atiende a las personas con infección por el VIH.

La Consulta de Enfermería suele ser la puerta de entrada y el nexo entre los pacientes y la unidad asistencial. Una función específica de enfermería es la promoción de hábitos saludables. En los pacientes con infección o prácticas de riesgo de infección por el VIH, la información y educación en estilos de vida saludable es fundamental.

La asistencia al niño y adolescente con infección por el VIH en España se ha desarrollado principalmente a nivel hospitalario, por parte de pediatras hospitalarios dedicados a la infectología pediátrica y el VIH.

La atención al paciente con infección por el VIH se ha convertido, en estos últimos años, en una de las áreas más importantes de los Servicios de Farmacia Hospitalaria por su gran repercusión asistencial, tanto desde el punto de vista clínico como económico. Los retos que representa esta actividad para Farmacia Hospitalaria, como el contacto directo con los pacientes en el momento de realizar la dispensación, la integración con el resto del equipo multidisciplinar y el gran coste asociado a la terapia antirretroviral y su aumento constante, exigen un control y un seguimiento para lograr la efectividad y eficiencia de los tratamientos instaurados.

En el ámbito de la Atención Primaria se realizan multitud de actividades de promoción de estilos de vida saludable, entre los que se incluyen no sólo los referentes a la esfera afectivo-sexual, sino también otras medidas como las relacionadas con la reducción del riesgo cardiovascular o la prevención de enfermedades inmunoprevenibles. La inclusión de un apartado en toda historia clínica que permita detectar conductas de riesgo de infección por el VIH, favorecerá la posibilidad de intervenir y prevenir futuras

infecciones, promocionando conductas sexuales más seguras (fomento de la utilización del preservativo).

Para ello, es fundamental proporcionar a los profesionales formación en habilidades de comunicación, herramientas y técnicas de entrevista, que faciliten el abordaje de la vida sexual a cualquier edad.

Sospechar una primoinfección por VIH u otra ITS cuando se dan cuadros compatibles, y facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas correspondientes a cualquier ciudadano, son otros elementos a considerar para conseguir un diagnóstico más precoz de estas infecciones. La historia clínica compartida entre Atención Primaria y Atención Especializada facilitaría no solo un mejor seguimiento del paciente, sino una mejor coordinación entre niveles asistenciales, la adecuación de los recursos disponibles y la uniformidad de los mensajes, además de evitar la duplicidad de intervenciones.

La creación de protocolos de actuación conjunta entre los profesionales de Instituciones Penitenciarias y los de la unidad hospitalaria de referencia ha mejorado la atención a estos pacientes, debido a que, aunque en muchos aspectos su seguimiento se puede realizar en los centros penitenciarios, en ocasiones es imprescindible la atención hospitalaria. Por ello la comunicación entre los profesionales, una correcta distribución de la información, y el aprovechamiento de los medios penitenciarios y hospitalarios redundará en una mejor atención sanitaria. La estandarización de los mismos mejoraría la atención de los pacientes.

En las Unidades específicas de ITS se realiza el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con estas infecciones, así como el estudio y tratamiento de sus contactos. Asimismo se realizan tareas de promoción, prevención (vacunas y provisión de preservativos), asesoramiento, educación sanitaria y *counselling*. Es destacable el papel que estas Unidades desempeñan en la vigilancia epidemiológica actuando como centros centinela y de detección de brotes epidémicos. En el caso de diagnosticar una infección por VIH, resulta imprescindible contar con protocolos de derivación del paciente desde estos centros a las Unidades de VIH para garantizar la continuidad de la asistencia y especialmente la valoración de inicio del TAR.

Conocimiento científico

En una revisión Cochrane de 2008 (2) se señalaba que «todavía no existen pruebas suficientes para guiar las políticas y la atención clínica en este área». No obstante, sí que existe coincidencia en varios estudios en que los factores que determinan una mayor calidad asistencial, son la experiencia en el manejo de la enfermedad y el número de pacientes atendidos. Los indicadores de calidad del Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) para la atención de

personas con infección por el VIH lo cifran en 50 pacientes por profesional (3). Estos dos criterios (experiencia y número mínimo de pacientes atendidos) se dan sobradamente en la mayoría de las Unidades hospitalarias de atención al paciente con infección por VIH en España.

La colaboración estrecha con las unidades de ITS ha hecho que se realicen unas recomendaciones conjuntas sobre dos aspectos diferenciados de las ITS: «Infecciones de Transmisión Sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control» realizado en población general (4), y uno específico en pacientes VIH «Documento de consenso sobre las infecciones de transmisión sexual en personas con infección por el VIH» (5).

Puntos clave

- Las Unidades de VIH constituyen las unidades clínicas de referencia para la atención especializada de las personas con infección por el VIH.
- Atención Primaria, por ser un ámbito que permite el contacto frecuente tanto con la población general como con personas pertenecientes a grupos vulnerables, permite realizar la promoción de estilos de vida saludable, desarrollar actividades de educación para la salud y llevar a cabo intervenciones preventivas, tanto en la esfera afectivo-sexual como en otras áreas: riesgo cardiovascular, trastornos neurocognitivos, o vacunación de personas susceptibles.
- Sospechar la primoinfección por VIH u otra ITS y facilitar el acceso a las pruebas diagnósticas son elementos clave para conseguir un diagnóstico más precoz.
- Es necesario incluir en toda historia clínica un apartado que permita detectar posibles conductas de riesgo de la infección por VIH y otras ITS
- La historia clínica compartida entre Atención Primaria y Atención Especializada, permitiría un mejor seguimiento del paciente y una mejor coordinación entre niveles asistenciales, proporcionando uniformidad en los mensajes y evitando duplicar intervenciones innecesariamente.
- Es fundamental proporcionar a los profesionales formación en habilidades de comunicación, herramientas y técnicas de entrevista, que faciliten el abordaje de la vida sexual a cualquier edad.
- Son necesarios protocolos de derivación y de actuación conjunta entre el personal sanitario de la unidad hospitalaria de referencia y el de las instituciones penitenciarias y/o de los centros específicos de ITS.

Bibliografía

1. Health Resources and Services Administration (HRSA). Disponible en: <http://hab.hrsa.gov/>
2. Handford CD, Tynan AM, Rackal JM, Glazier RH. Ámbito y organización de la atención de personas que conviven con VIH/Sida (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
3. Von Wichmann M.A. *et al.* Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/Sida. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28 (Supl 5):3-5.
4. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011;13: 58-66. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>
5. Documento de consenso sobre las infecciones de transmisión sexual en personas con infección por el VIH. (Septiembre 2010) Grupo de expertos de GESIDA y del Plan Nacional sobre el Sida. <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docConsensoITSSept10.pdf>

Línea Estratégica IV: Garantizar el acceso igualitario

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

Antecedentes

Los costes económicos y sociales de la epidemia por VIH suponen una carga considerable, tanto para la vida de las personas afectadas, como para los sistemas sanitarios y la sociedad en general. Esta situación se agrava significativamente cuando existen barreras políticas y legales que dificultan la respuesta frente a la enfermedad, y, especialmente, si en la sociedad persisten actitudes de discriminación, estigmatización, e incluso, como ocurre todavía en algunos países, de criminalización de las personas afectadas.

La importancia de proteger y promover los derechos humanos para conseguir una respuesta efectiva frente al VIH está reconocida prácticamente desde el inicio de la epidemia, y se ha reafirmado a lo largo del tiempo a través de fuertes compromisos a nivel internacional.

Un avance considerable es el compromiso «Cero discriminación», planteado por la *Estrategia «Llegar a cero»* de ONUSIDA para 2011-2015, posible únicamente si existe un liderazgo político claro y permanente en el tiempo para proteger a las personas afectadas por el VIH de situaciones de discriminación, estigma y exclusión social.

La Asamblea General de la ONU, en su Reunión de alto nivel sobre SIDA celebrada en 2011, reafirmó a través de una declaración política el compromiso de los Estados miembros con los derechos y libertades de las personas afectadas por VIH, trabajando especialmente en la revisión de leyes y políticas restrictivas del disfrute efectivo de los derechos humanos de las personas con VIH, por los efectos negativos de estas restricciones en la respuesta frente a la epidemia.

Con ese propósito la Asamblea de la OMS de 1988 aprobó la resolución WHA41.24: «*Evitando la discriminación en las personas infectadas con VIH/Sida*», instando a los Estados Miembros a evitar la discriminación de las personas con VIH en la provisión de servicios, en el empleo y en los viajes.

La Unión Europea también está firmemente comprometida con el respeto y la defensa de los derechos humanos. Prueba de ello es la *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, de diciembre de 2000, que garantiza el disfrute efectivo de los derechos fundamentales, y de forma específica, en su artículo 21, prohíbe todo tipo de discriminación de las personas.

Este compromiso también ha sido reafirmado mediante la adopción de la *Declaración de Dublín* de 2004, la Comunicación y el Plan de Acción de la Comisión Europea «*Combatiendo el VIH/Sida en la UE y países vecinos, 2009-13*», así como por la *Resolución del Parlamento Europeo sobre la respuesta al VIH de la UE basada en una aproximación a los derechos* (2010).

En mayo de 2013, y organizada conjuntamente por la Comisión Europea y ONUSIDA, se celebró una conferencia de alto nivel sobre VIH y derechos humanos con el lema «*Derecho a la salud, derecho a vivir*», de la que se extrajeron una serie de recomendaciones para abordar la cuestión en Europa. Los participantes insistieron en la necesidad de una inversión sostenida y suficiente en VIH que incluyese programas para eliminar el estigma, la discriminación y las barreras legales de tipo punitivo. Se identificaron como intervenciones prioritarias la introducción de programas de reducción del estigma, realizar reformas legislativas, la formación en derechos, disponer de servicios legales, conseguir la sensibilización de las políticas y cambiar las situaciones de violencia contra las mujeres. Mejorar la financiación, incluyendo la asignación de más recursos nacionales para la respuesta frente al VIH, y reducir el precio de los medicamentos fueron considerados elementos de vital importancia.

En España, la Constitución proclama en su artículo 14 el derecho fundamental a la no discriminación de todas las personas «por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social», y establece en su artículo 9.2 que «corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, cultural y social».

Además, para garantizar la no discriminación de las personas con VIH y otras ITS ha de tenerse en consideración lo dispuesto en los artículos 10, 15 y 18 de la Constitución, en cuanto a los derechos al libre desarrollo de la personalidad, la integridad física y moral, el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen; así como lo dispuesto en los artículos 23.2 y 35, en relación al derecho al trabajo, el deber de trabajar y el derecho de acceso a funciones y cargos públicos, en condiciones de igualdad y de no discriminación.

Durante la presidencia española de la UE en 2010, y coincidiendo con el «Año Europeo para combatir la pobreza y la exclusión social» se consi-

deró de interés abordar las desigualdades en salud y el VIH de forma prioritaria. Se organizó una conferencia al respecto, en la que se puso de manifiesto la necesidad de emprender «acciones políticas dirigidas a solucionar los problemas de homofobia, xenofobia y violencia de género, y de que las políticas dirigidas a proporcionar una respuesta al SIDA tales como las que regulan la inmigración, el consumo de drogas y la prostitución fuesen coherentes y coordinadas». Uno de los logros obtenidos fue conseguir una mayor cooperación y colaboración en la UE en los programas destinados a reducir las desigualdades y los factores que aumentan la vulnerabilidad al VIH (1,2).

En consonancia con estos principios constitucionales, el Plan Multisectorial frente a VIH/Sida, 2008-2012 incorporó por primera vez un capítulo específico dedicado al problema de la estigmatización y discriminación de las personas afectadas, considerando estas situaciones como una vulneración de sus derechos humanos, reconociendo que esta vulneración puede suponer un obstáculo para la prevención y el tratamiento del VIH. Por ello, todas las estrategias incluyen objetivos destinados a proteger el disfrute efectivo de los derechos humanos de las personas con VIH, a eliminar barreras en su acceso a los distintos servicios y a promover su integración en una sociedad más informada, respetuosa y solidaria.

El Plan actual pretende reforzar la atención prestada en este ámbito por el plan anterior, priorizando, a través de intervenciones respaldadas por la evidencia científica y social disponible, la protección de los derechos de las personas con VIH/Sida, y avanzar en la eliminación de cualquier trato discriminatorio de las mismas.

Conocimiento

En el año 2012, según datos de ONUSIDA, el 61% de los países, entre ellos España, disponían de leyes que protegían el disfrute efectivo de los derechos humanos de las personas con VIH (3).

Según la misma fuente en el año 2012, el 81% de los países informaron de que tenían en marcha programas para reducir el estigma y la discriminación como parte de su estrategia nacional de respuesta frente al VIH (3).

El número de países con restricciones para viajeros en relación con el VIH disminuyó de 96 en 2000 a 45 en 2012. En España nunca se han establecido restricciones de entrada o residencia para los viajeros con VIH (3).

En este sentido, es importante resaltar la situación geográfica de nuestro país, que lo sitúa como uno de los principales lugares, tanto de destino de inmigrantes, como fundamentalmente de tránsito hacia países europeos

desde el continente africano, principalmente, desde el África subsahariana, así como desde Latinoamérica.

La población inmigrante supone una proporción significativa de los nuevos casos de VIH-SIDA en Europa. En España, según datos del SINI-VIH, en el año 2012 el 34 % de los nuevos diagnósticos de infección por VIH se realizó en inmigrantes (4). La elevada prevalencia de la infección entre algunos grupos depende tanto de los patrones epidemiológicos de los países de origen (Tabla 2), como de su mayor vulnerabilidad en el país de acogida, además del incremento de conductas de riesgo. Se trata de un grupo de población que precisa de una atención específica (5).

Tabla 2. Países con prevalencias > 1% en adultos de 15 a 49 años Informe global de ONUSIDA. Datos de 2011	
Caribe	Bahamas, Haití, Jamaica, Trinidad-Tobago
Centroamérica y América del Sur	Belize, Guyana
Oriente Medio y Norte de África	Djibouti
África subsahariana	Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, Costa de Marfil, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Namibia, Nigeria, Ruanda, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudan del Sur, Swazilandia, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue
Sur y Sudeste asiático	Tailandia
Europa Central y del Oeste	Estonia
Fuente: Elaboración propia a partir de «Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012»	

Según datos de la encuesta de actitudes y creencias de SEISIDA⁶, recogidos en el *Informe de evaluación del Plan multisectorial de VIH-SIDA, 2008-2012*⁷, los indicadores de estigma y discriminación de las personas con VIH han disminuido durante los últimos años en España en distintos entornos. Así el porcentaje de personas que refieren incomodidad hacia los afectados por el VIH en el colegio ha pasado del 58,8% al 49,20 %, en el comercio habitual del 44,50 al 38,70% y en el trabajo de un 30,80 al 25,80%. También se ha reducido el porcentaje de personas que evitarían a un infectado con VIH en los mismos

entornos: en el colegio ha disminuido del 55,70% al 49,10 %, en el comercio habitual del 41,60 al 34,50% y en el trabajo de un 31,60 al 23,70%.

La OIT en su *Recomendación número 200 del año 2010, sobre el VIH y el Sida y el mundo del trabajo*, reconoce el impacto que el VIH y el sida tienen en el mundo laboral, tanto en los trabajadores y sus familias, como en las empresas. Además tiene en cuenta que la pobreza, la desigualdad socioeconómica y el desempleo dificultan el acceso a la prevención, al tratamiento, y en general a la atención de los afectados, con el consiguiente aumento del riesgo de transmisión. Considera también que la estigmatización, la discriminación y la amenaza de perder el empleo que sufren las personas afectadas por el VIH/Sida son obstáculos para la realización del diagnóstico, lo que aumenta su vulnerabilidad frente a la enfermedad y socava su derecho a las prestaciones sociales. Por ello establece, entre otros, como un principio general, que no debería haber ninguna discriminación o estigmatización contra los trabajadores, en particular contra las personas que buscan o solicitan empleo, por su estado serológico con respecto al VIH, sea real o supuesto, o por pertenecer a lugares o a grupos de población con mayor riesgo de infección por el VIH o más vulnerables a ella.

La estigmatización, la discriminación, y como consecuencia, la exclusión social se basan en los prejuicios y en la falta de conocimiento, y se ha comprobado que tales situaciones en relación con el VIH y el sida son tanto más frecuentes cuanto mayor es el grado de desconocimiento sobre VIH en la población (8).

Puntos clave

- Debe priorizarse la promoción del disfrute efectivo de los derechos humanos y la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con VIH, además de establecer compromisos políticos y sociales concretos para trabajar con las poblaciones vulnerables, que son las más expuestas al riesgo.
- Resulta imprescindible desarrollar acciones dirigidas a reducir y/o eliminar el auto-estigma de las personas con VIH o sida, mediante el conocimiento de sus derechos y los mecanismos legales para ejercerlos, la participación social y su visualización en las políticas contra la discriminación.
- Se recomienda mejorar las condiciones de vida y atender las necesidades específicas de estas personas, a través de medidas legales y sociales y de un acompañamiento específico, lo que permitirá crear un entorno favorable y seguro, tanto para reducir los riesgos relacionados con la transmisión, como para el cumplimiento del tratamiento y la consiguiente mejora integral de su salud.

- Debe tenerse en cuenta el derecho al trabajo, reconocido en el artículo 35 de la Constitución española. En el caso extremo de imposibilidad o grave dificultad para continuar trabajando, se debe facilitar la igualdad en el acceso a las prestaciones.
- Es necesario favorecer la inserción laboral de las personas con VIH mediante la implicación de las empresas y de otros agentes del ámbito laboral, fomentando además estrategias y actividades que contribuyan tanto a la prevención del VIH como a preservar los derechos de los empleados afectados, insistiendo especialmente en la respuesta frente al estigma y la discriminación dentro del ámbito laboral y también en la comunidad.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Memoria de actividades de la Presidencia española de la UE. Enero-Junio 2010.
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/orgInternacionales/relacionesUEyOOII/doc/resumenmemoriaESUE2010.pdf>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring implementation of the European Commission Communication and Action Plan for combating HIV/AIDS in the EU and neighbouring countries, 2009–2013. Stockholm: ECDC; 2012.
3. Informe Global: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia global de SIDA en 2012.
4. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; Madrid Nov 201.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Migrant health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA Member States. Stockholm: ECDC; 2011.
6. Fuster Ruiz de Apodaca M. J. *et al.* Evolución de las actitudes y creencias de la población española hacia las personas con VIH. SEISIDA 2012.
7. Informe de Evaluación del Plan multisectorial de VIH-SIDA 2008-2012.
8. Acceptance and coping. National HIV strategy (2009-2014). The Ministry of Labour and Social Inclusion, the Ministry of Children and Equality, the Ministry of Health and Care Services, the Ministry of Justice and the Police, the Ministry of Education and Research, the Ministry of Foreign Affairs. Norway.

Línea Estratégica IV: Garantizar el acceso igualitario

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

Antecedentes

Es un hecho innegable que en la actualidad siguen existiendo desigualdades y discriminación en el acceso a los cuidados de salud en algunos países. Asimismo, se deben seguir tomando medidas para garantizar el acceso a cuidados sanitarios de calidad en condiciones de igualdad, fundamentalmente para proteger el derecho individual a la salud, pero también por la posible repercusión en la salud pública de algunas enfermedades.

Con respecto al VIH, por una parte el acceso a medidas preventivas es esencial para que no se produzcan nuevas infecciones, y por otra, obtener los cuidados y el tratamiento adecuados supone que las personas afectadas puedan vivir en mejores condiciones de salud, y además evitar o reducir el riesgo de transmitir la enfermedad a sus parejas sexuales o a sus hijos.

Los grupos considerados más vulnerables, por su mayor riesgo de exposición o transmisión del VIH, y porque además pueden ser víctimas de discriminación y/o exclusión social, requieren una especial atención, así como programas adaptados a sus necesidades, y debe hacerse todo lo posible para asegurar su acceso tanto a medidas de prevención y diagnóstico, como de tratamiento y asistencia en condiciones de igualdad de trato y no discriminación, eliminando las barreras existentes de todo tipo: administrativas, culturales, lingüísticas, estereotipos y prejuicios.

El derecho a la salud está consagrado en los principales tratados internacionales de derechos humanos. Así, el artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud, y ordena a los Estados miembros prevenir y tratar las enfermedades para asegurar la plena efectividad de ese derecho.

A su vez el artículo 35 de la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (año 2000) establece que todos los Estados miembros

deben reconocer que cada persona tiene derecho a acceder a cuidados preventivos de salud y a beneficiarse de los tratamientos médicos, en las condiciones establecidas por las leyes nacionales y las prácticas propias de cada país.

En relación con ello, la Asamblea General de la ONU, en su *Declaración política sobre VIH y SIDA* del año 2011, se comprometió a redoblar esfuerzos para alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento y cuidados de las personas con VIH en el año 2015.

Los Estados miembros de la Unión Europea y los países vecinos volvieron a coincidir en el año 2010 en esa necesidad de facilitar el acceso universal, según lo establecido por la *Resolución del Parlamento Europeo sobre la respuesta al VIH de la UE basada en una aproximación a los derechos*, y han insistido sobre ello en la *Reunión de Alto Nivel sobre VIH y Derechos Humanos en la UE y países vecinos* celebrada en mayo de 2013, focalizando la atención en algunas poblaciones clave por su especial vulnerabilidad.

Actualmente se dispone de información reciente sobre los logros obtenidos en Europa en este tema gracias al *Informe temático de progresos 2012 sobre tratamiento, cuidado y apoyo en personas con VIH* (1), que monitoriza la implantación de la Declaración de Dublín por los estados implicados, publicado por los ECDC en 2013. La mayoría de los países en Europa y Asia Central, y especialmente los pertenecientes a la UE, focalizaron su actividad en proporcionar tratamiento, y también cuidados y apoyo, para las personas con VIH que los necesitaban. Existe una amplia variabilidad en la percepción de los servicios proporcionados según los países, incluso dentro de un mismo país según los proveedores de servicios, aunque la disponibilidad fue buena en su mayoría. En general el tratamiento se percibía como ampliamente disponible, incluido el pediátrico o el de las ITS, mientras que los cuidados domiciliarios se veían como deficitarios.

En España el acceso al tratamiento antirretroviral es gratuito habiéndose establecido mecanismos de acceso al mismo para toda la población independientemente de su situación administrativa, mediante el documento aprobado por el Consejo Interterritorial, entre el Ministerio y las CCAA, «Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública, que incluye además de la asistencia sanitaria, intervenciones preventivas y de seguimiento y control, dirigidas a preservar y en caso necesario, recuperar la salud de la población. También contempla que en el caso de no disponibilidad de recursos, la entrega de la medicación necesaria para el tratamiento. Entre estas situaciones se incluye explícitamente la infección por VIH, el sida, las infecciones por virus de la hepatitis B y C y la tuberculosis (2).

Conocimiento

En el *Informe de progresos 2010. «Implementando la Declaración de Dublín de colaboración en la lucha contra el VIH/Sida en Europa y Asia Central»* el 94% de los países europeos indicaron que tenían una política o estrategia para promover un tratamiento integral de las personas con VIH, incluyendo cuidados y apoyo. El 80% de estos países informaba que las mismas estaban dirigidas específicamente contra las barreras frente a mujeres y el 78 % a poblaciones de alto riesgo (3).

Según datos obtenidos del *Informe temático de progresos sobre tratamiento, cuidados y apoyo en VIH* del año 2012, varios países reconocieron que las poblaciones vulnerables y marginadas tenían mayores dificultades para acceder al tratamiento y los cuidados: en la zona UE/EFTA serían entre el 64-88% de los países. Con respecto a si estos mismos países presentaban leyes o normativas que obstaculizaran la prevención, tratamiento y cuidados de las poblaciones clave habrían respondido afirmativamente entre el 31 y el 57% de los mismos.

También según el mismo informe, el número de personas que reciben tratamiento en la Región Europea ha aumentado considerablemente con respecto al informe previo. Más del 85% de personas diagnosticadas con VIH y con necesidad de tratamiento lo obtuvieron, aunque no es el caso de algunos países no pertenecientes a la zona UE/EFTA. En el período 2009-11 un total de 512.134 personas recibieron tratamiento en la Región Europea, en comparación con las 329.609 del período 2006-2009. (33 países informantes, 19 de ellos en la zona UE/EFTA).

Entre un 29 y un 44% de los países de la zona EU/EFTA informaron de que disponían de tratamiento antirretroviral para inmigrantes en situación irregular. Estos países estarían concentrados principalmente en el suroeste de la Región Europea.

En España las CCAA declararon que un total de 98.011 pacientes habían recibido tratamiento antirretroviral en 2012 (4), cifra que mantiene la tendencia ascendente observada en los años previos.

Hay que resaltar el papel importante que desempeñan algunas ONGS para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria a aquellas personas afectadas por el VIH, que por sus circunstancias sociales o económicas lo necesitan. El papel de las ONG permite un abordaje de estas situaciones que no solo garantiza la confidencialidad sino que también tiene en cuenta las necesidades de la población diana que atienden. Así por ejemplo, el *Servicio multicanal de información y prevención del VIH* del MSSSI, gestionado por Cruz Roja, tiene integrada una estrategia de derivación y seguimiento para aquellos usuarios del Servicio, que por distintas razones lo requieran.

Puntos Clave

- Debe promoverse la igualdad de trato y no discriminación de todas las personas con VIH en el acceso a los cuidados socio-sanitarios, asegurar la calidad de los mismos y permitir la continuidad de cuidados con independencia del sexo, origen racial o étnico, nacionalidad, orientación e identidad sexual, discapacidad, religión, edad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Es necesario vigilar las situaciones de discriminación que puedan producirse para evitar la exclusión de las personas con VIH en el uso y disfrute de servicios y prestaciones sociales y sanitarias, instalaciones deportivas u otros servicios de uso comunitario.
- Resulta imprescindible fomentar acciones dirigidas a preservar los derechos de las personas con VIH en el acceso a la provisión de servicio y demás relaciones jurídicas entre particulares.
- Es preciso apoyar la aplicación del *Documento sobre intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la Salud Pública*.

Referencias bibliográficas

1. Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública. Aprobado por el Consejo Interterritorial. Diciembre 2013.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: HIV treatment, care and support. Monitoring implantation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2012 progress report. Stockholm: ECDC; 2013.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report: summary. Stockholm: ECDC; 2010.
4. Informe de Evaluación del Plan multisectorial de VIH-SIDA 2008-2012.

7. Recomendaciones

Objetivo 1. Favorecer la Coordinación nacional e internacional

El Plan Nacional sobre Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, asume el liderazgo y la coordinación de las políticas de prevención y control de la infección por VIH e ITS en España

1.1 Coordinación Nacional

Coordinar con las CCAA, ONGs, Sociedades Científicas y demás instituciones y organismos implicados en la respuesta frente al VIH y otras ITS, las actividades de promoción y prevención que tras su implantación y evaluación hayan demostrado ser efectivas.

- Planificar actividades de promoción y prevención conjuntas, dirigidas a grupos vulnerables en función de sus características epidemiológicas.
- Favorecer la difusión de informes técnicos y de evaluación.
- Coordinar intersectorialmente las prioridades a desarrollar en el pacto social con todos los agentes e Instituciones implicadas.

1.2. Coordinación Internacional

Coordinar las líneas estratégicas de prevención y control de VIH e ITS con las instituciones internacionales: ONUSIDA, OMS-OPS, Unión Europea, y ECDC.

Continuar con el apoyo al proyecto ESTHER, y el compromiso formativo, fomentando la colaboración entre los profesionales.

Participar en la monitorización de la respuesta a la epidemia con la cumplimentación del Informe Global del progreso del sida, acceso universal y Declaración de Dublín.

Objetivo 2. Adaptar los sistemas de información a las necesidades en la respuesta a la epidemia de VIH y de otras ITS

Prevención

- 2.1. Diseñar y desarrollar un procedimiento homogéneo de recogida de información sobre la prueba VIH en España.

Asistencia

- 2.2. Diseñar y desarrollar un procedimiento homogéneo de recogida de información sobre el tratamiento antirretroviral en los hospitales españoles

Vigilancia epidemiológica

- 2.3. Completar la cobertura nacional del SINIVIH, e integrar el SINIVIH y el Registro Nacional de Casos de Sida (RNCS) en un solo sistema de información.
- 2.4. Integrar el sistema unificado SINIVIH/RNCS dentro del Sistema de Vigilancia en España (SIVIES).
- 2.6. Implantar la declaración obligatoria individualizada de la sífilis, la gonococia, la clamidiasis y el linfogranuloma en todo el país.
- 2.7. Integrar la declaración individual de la sífilis, la sífilis congénita, la gonococia, la clamidiasis y el linfogranuloma dentro del SIVIES.

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

Las recomendaciones se agrupan según los tres ejes de intervención contemplados, dirigidos a las distintas poblaciones diana:

Eje 1: Población general

- 3.1. Reforzar la educación y la información sobre el VIH/ITS dirigida a la población de todas las edades y de todo tipo de orientación sexual o identidad de género.
 - 3.1.1. Priorizar intervenciones de promoción dirigidas a adolescentes y jóvenes en todos los entornos, priorizando el educativo y adaptando las intervenciones a cada grupo de edad y contexto sociocultural.
 - 3.1.2. Promover y reforzar la educación afectivo-sexual en la escuela y en la familia, priorizando esta formación en edades tempranas, previas al inicio de las conductas de riesgo.
 - 3.1.3. Implicar a los profesionales sanitarios, especialmente en Atención Primaria, en las actividades de promoción y prevención del VIH/otras ITS, ofertándoles formación continuada sobre los aspectos más novedosos del VIH e ITS.
 - 3.1.4. Reforzar el consejo sobre VIH/ITS en la consulta del viajero, especialmente cuando se viaje a zonas de elevada prevalencia.
- 3.2. 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 del VIH/ITS.
- 3.3. Contribuir a cambiar las actitudes de mujeres y hombres relacionadas con los condicionantes de género que dificultan la prevención de la transmisión sexual del VIH.

Eje 2: Personas sexualmente activas con conductas de riesgo

- 3.4. Potenciar la difusión de información, adaptada a esta población, sobre conductas preventivas respaldadas por el conocimiento científico para reducir las posibilidades de transmisión.

- 3.5. Informar sobre el riesgo específico de transmisión según el tipo de práctica.
- 3.6. Difundir información sobre las posibles intervenciones preventivas, si se producen conductas de riesgo, incluyendo la reducción de riesgos y daños.
- 3.7. Ofertar formación al personal de ONGs, implicadas en la lucha contra la epidemia del VIH y otras ITS, sobre estas infecciones, prácticas de riesgo y consejos preventivos.
- 3.8. Potenciar y fomentar la promoción y prevención de la infección del VIH y de otras ITS, mediante formación de pares en grupos vulnerables y de más difícil acceso.
- 3.9. Fomentar que las Webs dedicadas a contactos de relaciones sexuales incorporen información rigurosa sobre el VIH y otras ITS y ofrezcan enlaces a webs de reconocido prestigio sobre información y prevención de VIH e ITS.

Eje 3: Personas con VIH

- 3.10. Fomentar estilos de vida saludable en las personas con VIH, promocionando todos los aspectos relacionados con el autocuidado, para mejorar la calidad de vida y la respuesta al tratamiento.
- 3.11. Proporcionar información y consejo sobre el VIH/ITS, si se contempla la posibilidad de embarazo.
- 3.12. Promocionar el uso de medidas preventivas dirigidas a promover el cuidado de la salud sexual y reducir el riesgo de transmisión y reinfección.
- 3.13. Analizar la situación actual en cuanto a la comunicación responsable del estado serológico a la pareja o contacto sexual.
- 3.14. Abordar a través de la educación aspectos psicosociales relacionados con la vulnerabilidad al VIH.
- 3.15. Facilitar espacios de acompañamiento, información y soporte para personas con VIH y sus parejas.

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

- 4.1. Identificar e impulsar aquellas intervenciones de probada eficacia en la prevención de VIH e ITS factibles y evaluables, que permitan reconocer, y extender las buenas prácticas.
- 4.2. Estudiar y valorar la posible inclusión de un apartado sobre conductas sexuales, adaptado al perfil sociocultural, en la historia clínica, especialmente en atención primaria, que identifique las conductas de riesgo e integre el consejo preventivo.
- 4.3. Incidir en el consejo para reducir y/o eliminar las conductas relacionadas con prácticas de riesgo como es el consumo de alcohol y otras drogas, e impulsar la continuidad del consejo asistido para aquellas personas con conductas de riesgo reiteradas.
- 4.4. Adaptar las actividades de prevención a los distintos grupos vulnerables y a sus características socioculturales, considerando los antecedentes epidemiológicos y sanitarios propios.
- 4.5. Mantener y ampliar la cobertura de los programas de reducción de daños en personas que se inyectan drogas.
- 4.6. Conseguir llegar a cero infecciones por transmisión vertical de VIH/ITS, proporcionando tratamiento antirretroviral al 100% de las mujeres embarazadas con infección por VIH.
- 4.7. 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.
- 4.8. Desarrollar y validar herramientas metodológicas para el control de calidad en programas de prevención según las directrices de la Joint Action Europea sobre la «Mejora de la calidad en la prevención del VIH».

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

- 5.1. Fomentar el Diagnóstico precoz de VIH e ITS para disminuir la elevada proporción de población no diagnosticada.
 - 5.1.1. Elaborar una Guía de recomendaciones de Diagnóstico precoz del VIH en entornos sanitarios y una versión de la misma dirigida a entornos comunitarios.
 - 5.1.2. Desarrollar el protocolo de implementación de las Guías de recomendaciones de Diagnóstico precoz.
 - 5.1.3. Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia del diagnóstico de VIH y otras ITS.
 - 5.1.4. Incrementar la oferta de la prueba de VIH en todos los niveles y especialidades asistenciales, fundamentalmente en Atención Primaria.
 - 5.1.5. Fomentar la realización de la prueba en poblaciones con mayor riesgo de exposición, indicando su realización con la periodicidad adecuada a su situación de riesgo.
 - 5.1.6. Fomentar la realización de la prueba en entornos comunitarios con programas de realización de la prueba rápida, y de acercamiento en las zonas con población con mayor riesgo de exposición.
 - 5.1.7. Estudiar la factibilidad y la aceptabilidad de la utilización responsable del autotest.
 - 5.1.8. Promover el diagnóstico precoz de las ITS fomentando la realización de pruebas de cribado.
 - 5.1.9. Fomentar el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano de las ITS, realizando la prueba de VIH siempre que exista o se sospeche otra ITS, especialmente cuando aparezcan lesiones ulcerativas.
- 5.2. Diseñar e implementar un sistema de información de centros comunitarios de diagnóstico de VIH (RedCo-VIH).
- 5.3. 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.
- 5.4. Elaborar un protocolo para el estudio de contactos, estableciendo criterios, metodología y procedimientos alternativos para el diagnóstico y tratamiento anónimo de las ITS.

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

Estas recomendaciones están dirigidas a población contemplada en el eje 3:

- 6.1. Fomentar un abordaje integral y multidisciplinar del paciente, abarcando todas las especialidades que puedan intervenir en la atención del paciente con infección por VIH/ otras ITS.
- 6.2. Incidir en aquellos aspectos fundamentales relacionados con hábitos de vida saludables, para prevenir la comorbilidad asociada a la infección y al envejecimiento prematuro.
- 6.3. Promover el diagnóstico y el tratamiento precoz de la comorbilidad, así como la detección precoz de los efectos adversos de los tratamientos.
- 6.4. Reforzar la adherencia al tratamiento de los pacientes con infección por VIH.
- 6.5. Impulsar la formación continuada de los profesionales que atienden al paciente con infección por VIH y otras ITS.

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

- 7.1. Establecer procedimientos que faciliten el acceso al tratamiento, especialmente en poblaciones vulnerables, identificando posibles barreras.
- 7.2. Facilitar el tratamiento precoz de VIH y otras ITS según las necesidades de cada paciente, siguiendo las indicaciones del mejor conocimiento científico y las buenas prácticas de las guías clínicas y de los documentos de consenso.
- 7.3. Diseñar e implantar un sistema de información sobre el tratamiento de VIH que permita conocer el número de pacientes en tratamiento, el tipo y combinaciones de tratamiento, así como el gasto en antirretrovirales.
- 7.4. Diseñar protocolos de derivación entre las unidades y servicios implicados en el tratamiento de las ITS.

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

- 8.1. Coordinar la atención entre distintos niveles asistenciales a través de la historia clínica compartida.
- 8.2. Impulsar desde las Unidades hospitalarias de VIH, la monitorización de la retención del paciente (adherencia al seguimiento), debido a la complejidad clínica en el manejo de estos pacientes.
- 8.3. Fomentar la continuidad de cuidados, y facilitar la derivación desde cualquier centro de diagnóstico, tanto sanitario como comunitario, a centros especializados, o a unidades de cuidados paliativos, si se precisara.
- 8.4. Reforzar la coordinación para la correcta derivación, tratamiento y seguimiento del paciente entre las Unidades hospitalarias de VIH con los centros de ITS e Instituciones penitenciarias.

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

- 9.1. Reforzar el compromiso, tanto de líderes políticos y figuras de relevancia social, como de entidades de la sociedad civil, contando siempre con la participación de los propios afectados, para promover el disfrute efectivo de los derechos de las personas con VIH.
- 9.2. Elaborar un Pacto Social multisectorial y multidisciplinar por la igualdad de trato y la no discriminación, contando con todos los agentes y sectores implicados.
- 9.3. Mejorar y reforzar el apoyo a las personas con VIH en riesgo de exclusión, trabajando con las ONGs a través de medidas en su entorno (pisos de acogida, residencias y otras instalaciones disponibles), y de medidas de acompañamiento específico en posibles momentos críticos de su vida (adolescencia, embarazo, tercera edad, pérdida de empleo, ruptura familiar, salida de prisión, o cambio del lugar de residencia).
- 9.4. Establecer mecanismos que mejoren la coordinación y la cooperación entre la administración, sindicatos y organizaciones empresariales, que favorezcan el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el lugar de trabajo y que incrementen la formación y sensibilización de trabajadoras y trabajadores para prevenir y eliminar la discriminación laboral de las personas afectadas por el VIH
- 9.5. 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.
- 9.6. Empoderar a las personas con VIH e ITS para evitar la autoexclusión, fomentando habilidades que ayuden a afrontar el posible estigma y discriminación
- 9.7. Incluir objetivos transversales para reducir el estigma y la discriminación en todos los programas de prevención y atención a personas con VIH e ITS.
- 9.8. Promover el acceso a la información y la intervención legal ante posibles situaciones de violación de derechos humanos por causa del VIH.

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

- 10.1. Estudiar las posibles situaciones de discriminación y documentar su impacto en el acceso a los servicios sanitarios
- 10.2. Colaborar con las instituciones sanitarias y sociales para eliminar las barreras en el acceso a los servicios a las personas con VIH o ITS.
- 10.3. Velar por el cumplimiento de la legislación vigente de protección frente a la discriminación hacia las personas con VIH y otras ITS.
- 10.4. Proporcionar formación e información a los profesionales sanitarios sobre los derechos relativos a la salud y sobre las necesidades específicas de los grupos vulnerables, y sensibilizar sobre el derecho a la igualdad de trato y la no discriminación en el medio sanitario.
- 10.5. Facilitar información a los pacientes sobre los procedimientos y/o requerimientos de acceso al sistema sanitario, recurriendo cuando sea necesario a su adaptación sociocultural.
- 10.6. Colaborar con otras instituciones y organismos en proporcionar una respuesta adecuada contra todo tipo de discriminación directa o indirecta hacia las personas con VIH y otras ITS.

8. Evaluación: indicadores

Está previsto evaluar el Plan anualmente a lo largo de su período de ejecución y publicar en un anexo los resultados. Para ello se constituirá un grupo de trabajo, cuya función principal será la selección y definición de los indicadores que se consideren pertinentes para monitorizar las intervenciones incluidas en cada uno de los Planes de acción anuales, derivados del Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras ITS.

Como punto de partida se tendrán en cuenta tanto los indicadores obtenidos en la evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012, como los indicadores internacionales de ONUSIDA y OMS.

En el diseño de cada uno de los indicadores, de estructura, proceso y resultados, se seguirá el siguiente esquema:

- Definición
- Justificación
- Método de cálculo:
 - Numerador
 - Denominador
 - Fórmula de cálculo
- Frecuencia/ periodicidad de medida
- Nivel de desagregación
- Fuentes de información

9. Glosario de terminos y abreviaturas

AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
CCAA	Comunidades y Ciudades Autónomas.
CDC	<i>Center Diseases Control</i> (Estados Unidos)
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
COAC	Comité Asesor y Consultivo de las ONGs.
CV/CVP	Carga Viral/ Carga Viral Plasmática
DT	Diagnóstico Tardío
EA	Efectos Adversos
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria
EE/EFTA	<i>European Economic Area/European Free Trade</i>
EH	Encuesta Hospitalaria sobre Pacientes con VIH/Sida
EMIS	Encuesta Europea entre HSH por Internet (<i>European MSM Internet Survey</i>)
EPI-ITS	Estudio prospectivo de prevalencia de ITS en personas atendidas en una red de centros de diagnóstico de VIH/ITS
EPI-VIH	Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnóstico de VIH/ITS
GeSIDA	Grupo de Estudio de Sida-Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)
HBSC	Encuesta sobre conductas de salud en escolares (<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>)
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IDSA	Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas
IIPP	Instituciones Penitenciarias
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LGV	Linfogranuloma Venéreo
MSM	<i>Men having sex with men</i> (HSH)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud (WHO en inglés)
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PNS	Plan Nacional sobre el Sida
PPE	Profilaxis postexposición
PrEP	Profilaxis pre-exposición
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
RNCS	Registro Nacional de Casos de Sida
SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
SIM	Sistema de Información Microbiológica
SINIVIH	Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH
SNS	Sistema Nacional de Salud
TAR	Tratamiento antirretroviral
TIC	Tecnologías de la información y la Comunicación
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UE	Unión Europea
UE/AEE	Unión Europea/Área Económica
UNGASS	Sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (<i>United Nations General Assembly Special Session</i>)
VHB	Virus Hepatitis B
VHC	Virus hepatitis C
VHS	Virus Herpes Simple
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

10. Listado de figuras y tablas

Figuras

- Figura 1.** Nuevos diagnósticos de VIH por Edad y Sexo. España. Año 2012.
- Figura 2.** Nuevos diagnósticos de VIH por mecanismo de transmisión y origen. España. Año 2012.
- Figura 3.** Nuevos diagnósticos de VIH. Tasas por 100.000 habitantes según año de diagnóstico y categoría de transmisión. España. Datos sin corregir por retraso en notificación.
- Figura 4.** Prevalencia de VIH en poblaciones vulnerables según origen (Estudio EPI-VIH).
- Figura 5.** Coinfección VIH/ITS (Estudio EPI-ITS).
- Figura 6.** EMIS-España. Penetración anal no protegida (PANP) en los últimos 12 meses según tipo de pareja.
- Figura 7.** Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío. España año 2012.
- Figura 8.** Diagnóstico tardío (<350 CD4) según categoría de transmisión y año de diagnóstico. España*, 2007-2012.
- Figura 9.** Inicio de seguimiento clínico según categoría de transmisión. Nuevos diagnósticos de VIH. España 2011.
- Figura 10.** Carga viral indetectable (<200 copias) en personas que viven con el VIH en tratamiento según mecanismo de transmisión.
- Figura 11.** Mortalidad asociada y no-asociada a VIH.
- Figura 12.** Incidencias de infecciones de transmisión sexual. Nº de casos y tasas por 100.000 habitantes. España 1995-2011.
- Figura 13.** Costes de combinaciones de TAR en Terapia de inicio.
- Figura 14.** Interacción entre intervenciones de ONUSIDA y OMS.

Tablas

- Tabla 1.** Indicaciones del cribado de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabla 2.** Países con prevalencias >1% en adultos de 15 a 49 años. Informe global de ONUSIDA. Datos de 2011.

11. Anexos

Anexo I. Agentes causales de las infecciones de transmisión sexual

	Agentes	ITS
Bacterias	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Uretritis, epididimitis, vaginitis, prostatitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, faringitis, bartholinitis, skeneitis, infección gonocócica diseminada
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos D-K	Uretritis, epididimitis, vaginitis, prostatitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, faringitis, artritis reactiva sexualmente adquirida (SARA)
	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretritis
	<i>Mycoplasma genitalium</i>	Uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica
	<i>Gardnerella vaginalis</i>	Vaginosis, enfermedad inflamatoria pélvica
	<i>Haemophilus influenzae</i>	Uretritis
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancro blando
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal (Donovanosis)
	<i>Streptococcus agalactiae</i>	Uretritis, balanitis
	<i>Shigella</i> *	Enterocolitis
	<i>Salmonella</i> *	Enterocolitis
<i>Campylobacter</i> *	Enterocolitis	
Virus	Virus herpes simple	Herpes genital, herpes neonatal, meningitis aséptica
	Papilomavirus	Condiloma acuminado, papiloma de laringe, cáncer de cérvix, ano, vagina, vulva y pene.
	Molluscum contagiosum	Molluscum contagiosum
	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1 y VIH-2)	Infección por VIH. Sida
	Virus de la hepatitis B	Hepatitis, infección perinatal, carcinoma hepatocelular
	Virus de la hepatitis A*	Hepatitis aguda
Virus de la hepatitis C	Hepatitis crónica	
Protozoos	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Vaginitis, uretritis, cervicitis
	<i>Entamoeba histolytica</i> *	Amebiasis
	<i>Giardia lamblia</i> *	Giardiasis
Hongos	<i>Candida spp</i>	Vulvovaginitis, balanitis
Artrópodos	<i>Phthirus pubis</i>	Pediculosis
	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna

*Agentes que se transmiten mediante prácticas de sexo oral-anal.

Fuente: Adaptación a partir del documento «Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011».

Anexo II. Incidencia de VIH por vía de transmisión: Región Europea OMS, 2012

Área	País			Modo de transmisión (N)			Modo de transmisión (%)		
		N	Tasa	HSH	Hetero	IDU	HSH	Hetero	IDU
EU/EEA									
W	Austria	306	3.6	143	106	38	46.7	34.6	12.4
W	Belgium	1 227	11.1	388	472	4	31.6	38.5	0.3
C	Bulgaria	157	2.1	59	58	40	37.6	36.9	25.5
C	Croatia	74	1.7	62	7	1	83.8	9.5	1.4
C	Cyprus	58	6.7	31	23	0	53.4	39.7	0.0
C	Czech Republic	212	2.0	152	40	6	71.7	18.9	2.8
W	Denmark	201	3.6	82	96	11	40.8	47.8	5.5
E	Estonia	315	23.5	1	127	72	0.3	40.3	22.9
W	Finland	156	2.9	47	71	7	30.1	45.5	4.5
W	France	4 066	6.2	1 081	1 409	76	26.6	34.7	1.9
W	Germany	2 953	3.6	1 697	477	81	57.5	16.2	2.7
W	Greece	1 059	9.4	282	123	484	26.6	11.6	45.7
C	Hungary	219	2.2	146	23	0	66.7	10.5	0.0
W	Iceland	19	5.9	1	0	3	5.3	0.0	15.8
W	Ireland	339	7.4	166	131	13	49.0	38.6	3.8
W	Italy	3 898	6.4	1 472	1 668	208	37.8	42.8	5.3
E	Latvia	339	16.6	18	112	94	5.3	33.0	27.7
E	Lithuania	160	5.3	11	46	62	6.9	28.8	38.8
W	Luxembourg	54	10.3	26	22	4	48.1	40.7	7.4
W	Malta	30	7.2	8	15	0	26.7	50.0	0.0
W	Netherlands	976	5.8	636	265	7	65.2	27.2	0.7
W	Norway	242	4.9	76	142	11	31.4	58.7	4.5
C	Poland	1 085	2.8	271	96	42	25.0	8.8	3.9
W	Portugal	721	7.0	183	463	56	25.4	64.2	7.8
C	Romania	489	2.3	69	164	170	14.1	33.5	34.8
C	Slovakia	50	0.9	28	14	1	56.0	28.0	2.0
C	Slovenia	45	2.2	33	4	1	73.3	8.9	2.2
W	Spain	3 210	8.5	1 641	996	166	51.1	31.0	5.2
W	Sweden	363	3.8	108	194	16	29.8	53.4	4.4
W	United Kingdom	6 358	10.3	2 959	2 580	111	46.5	40.6	1.7
	Total EU/EEA	29 381	5.8	11 877	9 944	1 785	40.4	33.8	6.1
Non-EU/EEA									
C	Albania	81	2.9	8	69	0	9.9	85.2	0.0
W	Andorra	2	2.4	1	1	0	50.0	50.0	0.0
E	Armenia	227	6.9	4	160	44	1.8	70.5	19.4

Área	País	Modo de transmisión (N)					Modo de transmisión (%)		
		N	Tasa	HSH	Hetero	IDU	HSH	Hetero	IDU
E	Azerbaijan	517	5.6	12	241	213	2.3	46.6	41.2
E	Belarus	1 223	13.1	31	919	247	2.5	75.1	20.2
C	Bosnia and Herzegovina	25	0.7	21	4	0	84.0	16.0	0.0
C	former Yugoslav Republic of Macedonia	14	0.7	7	6	0	50.0	42.9	0.0
E	Georgia	526	11.9	43	242	224	8.2	46.0	42.6
W	Israel	487	6.4	152	195	69	31.2	40.0	14.2
E	Kazakhstan	2 014	12.4	24	1 141	773	1.2	56.7	38.4
E	Kyrgyzstan	700	12.8	3	306	255	0.4	43.7	36.4
E	Moldova	757	21.3	4	664	40	0.5	87.7	5.3
W	Monaco	0	0.0	0	0	0	0.0	0.0	0.0
C	Montenegro	13	2.1	5	6	1	38.5	46.2	7.7
E	Russia	–	–	–	–	–	–	–	–
W	San Marino	5	15.5	0	3	0	0.0	60.0	0.0
C	Serbia	125	1.7	83	25	5	66.4	20.0	4.0
W	Switzerland	643	8.1	229	225	25	35.6	35.0	3.9
E	Tajikistan	814	10.2	0	318	256	0.0	39.1	31.4
C	Turkey	1 068	1.4	0	376	6	0.0	35.2	0.6
E	Turkmenistan	0	0.0	0	0	0	0.0	0.0	0.0
E	Ukraine	16 872	37.1	152	10 440	5 933	0.9	61.9	35.2
E	Uzbekistan	–	–	–	–	–	–	–	–
	Total non-EU/EEA	26 113	12.3	779	15 341	8 091	3.0	58.7	31.0
Geographic area									
	West	27 315	6.6	11 378	9 654	1 390	41.7	35.3	5.1
	Centre	3 715	1.9	975	915	273	26.2	24.6	7.3
	East	24 464	22.0	303	14 716	8 213	1.2	60.2	33.6
	Total WHO European Region	55 494	7.8	12 656	25 285	9 876	22.8	45.6	17.8
W = West = Oeste E = East = Este Fuente: ECDC									

Anexo III. Estudio de contactos en ITS

Infección	Periodo para la búsqueda de contactos	Intervención sobre los contactos
Chancroide	10-15 días antes de la aparición de síntomas	Tratamiento
Clamidia	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Donovanosis (Granuloma inguinal)	40-80 días antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Gonococia	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Hepatitis A	Entre 2 semanas antes y una semana después del inicio de la ictericia	Vacunación
Hepatitis B	2 semanas antes del inicio de la ictericia	Vacunación
Herpes virus	Pareja actual	Consejo para evitar la infección y la transmisión
VIH	3 meses antes de un test previo negativo	Tratamiento. Consejo para evitar la infección o transmisión
Linfogranuloma venéreo	1 mes antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Uretritis no gonocócica	4 semanas antes de inicio de síntomas ó 6 meses en asintomáticos	Tratamiento
Pediculosis	12 semanas antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Escabiosis	8 semanas antes del inicio de síntomas	Tratamiento
Sífilis	Primaria: 3 meses antes del inicio de síntomas Secundaria: 6 meses antes del inicio de síntomas Latente precoz: 12 meses antes del diagnóstico. Si no es posible, intentar precisar la fecha en que se produjeron las lesiones primaria y secundaria.	Prevención y tratamiento
Tricomoniasis	60 días antes del inicio de síntomas o diagnóstico	Tratamiento
Virus del papiloma humano	Pareja actual	Tratamiento de las verrugas o displasia cervical. Consejo

Fuente: Adaptación a partir del documento «Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011

Anexo IV. Información contenida en la historia clínica para evaluar la presencia de ITS

Datos de filiación

Motivo de consulta

- Síntomas, control, seguimiento de contactos.
- Consulta previa: no, sí, ¿con quién?.
- Tratamiento previo: no, sí: Especificar.

Anamnesis

- Antecedentes de ITS: tipo de ITS, fecha y tratamiento.
- Estado inmunitario frente a hepatitis A y B.
- Tiene síntomas su pareja habitual: No, Sí: ¿Cuáles?.
- Alergias.
- Otras enfermedades.
- Antecedentes ginecológicos.
- Menarquia.
- Anticoncepción.
- Fecha última regla; fórmula.
- Embarazos.
- Abortos: número y tipo.

Hábitos sexuales:

- Preferencia sexual: heterosexual, homosexual, bisexual.
- Tiene pareja habitual: No, Sí. Tiempo de relación.
- Días desde último contacto.
- Nº parejas sexuales en último mes, en último año.
- Sospecha por contacto con: pareja habitual, contacto esporádico, profesional del sexo, otros.
- Hábitos sexuales. Frecuencia y tipo de relaciones sexuales.
- Uso del preservativo para cada práctica y con quién (pareja habitual, contacto esporádico, con ambos).
- Coito con menstruación: No, Sí.
- Para personas que ejercen la prostitución: Nº clientes/día, días/semana, tipo de prostitución, años de prostitución.

Uso de drogas

• Uso de drogas por vía parenteral:

- No, Sí.
- Frecuencia de uso (habitual, esporádico).
- Ha compartido jeringuillas en el último año: No, Sí.

• Uso de drogas por vía no parenteral:

- No, Sí (especificar drogas).
- Frecuencia de uso (habitual, esporádico).
- Ha compartido material en el último año: No, Sí.

Fuente: Adaptación a partir del documento «Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011».

En España la infección por VIH, continúa siendo un problema de salud pública, tanto por su carga de morbilidad como por su repercusión económica y social.

Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en nuestro país son similares a las de otros países de Europa occidental, aunque ligeramente superiores a la media del conjunto de la Unión Europea. Actualmente se estima que en España hay entre 130.000-160.000 personas con infección por el VIH, de las que más de una cuarta parte desconoce su situación. En el año 2013 se diagnosticaron 3.278 nuevos casos, siendo la vía sexual el principal mecanismo de transmisión y permaneciendo el diagnóstico tardío en porcentajes elevados.

El Plan Estratégico que se presenta, el cuarto publicado en España, da continuidad a las estrategias fijadas por los planes anteriores frente al VIH, está basado en el mejor conocimiento científico, en las buenas prácticas y en la innovación de los procedimientos, establece las líneas estratégicas fundamentales para el trabajo en VIH y otras ITS en España para el período 2013-2016, y por lo tanto representa el núcleo común de actuación y la referencia para todas las organizaciones que trabajan en la respuesta a la epidemia.

Incorpora importantes novedades en cuanto a contenido y estructura, entre las que cabe destacar la inclusión por primera vez de otras infecciones de transmisión sexual, por su evolución creciente desde el año 2000. También incorpora como novedades el enfoque por objetivos y ejes de intervención, la prevención en los grupos de población especialmente sensible, el uso de las TICs, el apoyo a la información voluntaria a la pareja sexual, y el diagnóstico y tratamiento precoz como elementos claves en la prevención.

La coordinación técnica del Plan Estratégico ha sido liderada por el equipo del Plan Nacional sobre Sida de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. El Plan ha sido elaborado con el consenso y la colaboración de personas expertas en diferentes disciplinas, desde la prevención, la asistencia clínica, la vigilancia epidemiológica, o la investigación, todas implicadas directa o indirectamente en la respuesta frente al VIH y otras ITS. Ha contado con la participación de los responsables de los Planes Autonómicos de sida, de las sociedades científicas, además de las aportaciones de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la respuesta a la epidemia.

