

PREVENCIÓN EN POBLACIÓN GENERAL

La eficiencia de las intervenciones preventivas aumenta cuando se dirigen a las poblaciones con mayor riesgo de infección. Pero este tipo de intervenciones no son suficientes por sí solas. Es imprescindible complementarlas con otras destinadas a población general³⁵, en primer lugar porque la frontera entre lo que podríamos denominar “población de riesgo” y “población general” es prácticamente imposible de definir y, además, las conductas individuales y/o las situaciones asociadas con el riesgo de infección, varían a lo largo de la vida de un mismo individuo y, con ello, también su riesgo. Además, hay sectores muy amplios de la población general a los que no se accede más que a través de este tipo de intervenciones, que se han demostrado eficaces para mejorar el nivel de conocimientos sobre la infección y fomentar actitudes positivas, tanto hacia las medidas de prevención, como hacia las personas afectadas.

Como resultado del esfuerzo realizado por las distintas administraciones, medios de comunicación, asociaciones ciudadanas, profesionales sanitarios y otros, en España se ha conseguido un buen nivel de información sobre el VIH/sida, sus mecanismos de transmisión, medidas de prevención, etc, entre la población.

Entre los años 1997-2000, se incrementaron los recursos destinados a campañas informativas a la población. A pesar de ello, no se han eliminado totalmente en todos estos años los estereotipos que asocian erróneamente el riesgo de infección con determinados vehículos o mecanismos de transmisión como la saliva, besos o la donación de sangre (entre un 10 y un 30% considera que suponen riesgo de infección³⁶). En el medio rural y entre las personas de mayor edad se observan porcentajes incluso mayores. Además, sigue estando muy arraigada la identificación de la infección con determinados colectivos (usuarios de drogas u homosexuales).

Todavía hoy, medidas de prevención de demostrada eficacia como el uso del preservativo, la educación sexual de los jóvenes o los programas de reducción de daños para usuarios de drogas, son valoradas en determinados ámbitos desde criterios ideológicos o morales y no de salud.

La percepción social del sida ha cambiado mucho en estos últimos años. El marcado descenso del número de casos que se diagnostican cada año, de la mortalidad por esta causa y la evidente mejoría en la calidad de vida y el pronóstico de las personas infectadas, han contribuido a extender entre la población la percepción de que la infección por VIH/sida está controlada en España. Con una prevalencia estimada de tres personas infectadas de cada mil, es evidente que esta visión no se corresponde con la realidad, pero puede dar lugar a una relajación en las medidas de prevención y a una sensación de falsa seguridad entre la población.

Los casos de sida por transmisión sexual están aumentando proporcionalmente en los últimos años³⁷. Los únicos datos existentes a nivel nacional sobre las conductas sexuales de riesgo en la población española³⁸ son del año 96 y ponen de manifiesto que, aunque la frecuencia de múltiples parejas es menor que en otros países de nuestro entorno, es baja la utilización de preservativo en relaciones sexuales con parejas ocasionales y todavía menor con la pareja estable.

Es preciso, por tanto, hacer llegar de forma sostenida mensajes a la población acerca de los mecanismos de transmisión del VIH y las medidas de prevención, que le ayuden a

población
general

valorar correctamente el riesgo de infección, propio y el de otras personas, y a identificar adecuadamente las situaciones y conductas relacionadas con éste. Otro importante mensaje a transmitir es el de que la mayor supervivencia de las personas infectadas hace que aumenten también las probabilidades de transmisión de la infección y, por tanto, la necesidad de mantener en el tiempo las medidas de prevención.

Un análisis exhaustivo de los datos del Registro Nacional de Casos de Sida, ha permitido poner en evidencia que, en un 35% de los notificados en el periodo 1997-1999, el diagnóstico de infección por VIH coincidió en el tiempo con el de sida. Este porcentaje se eleva hasta casi el 60% entre los casos de transmisión heterosexual. Ello significa que hay un porcentaje muy importante de personas que no sólo ignoran que están infectadas, si no que es probable que ni lo sospechen, poniendo en riesgo su propia salud, al no poder beneficiarse precozmente de los tratamientos disponibles, y la de otras personas.

población
general

El test VIH puede realizarse en España de forma gratuita y confidencial en todo el Sistema Nacional de Salud. Las razones de este retraso diagnóstico probablemente están más relacionadas con la falta de percepción de riesgo y con otro tipo de barreras psicológicas, que con la accesibilidad a la prueba. Es necesario por tanto iniciar una política activa de promoción de la prueba del VIH y el *counseling* entre la población y de sensibilización de los profesionales sanitarios para aumentar su implicación en este tema.

Los objetivos señalados en el Plan Multisectorial de lucha contra el sida para los años 1997-2000 siguen, por tanto, plenamente vigentes. Para su consecución es precisa la colaboración de todos los sectores sanitarios y sociales, especialmente de los medios de comunicación, cuya capacidad como creadores de opinión debe ser aprovechada al máximo.

OBJETIVOS

- Mantener e incrementar el nivel de información general de la población sobre la infección por VIH/sida, sus mecanismos de transmisión y las conductas que favorecen su transmisión, especialmente en aquellos segmentos de población con mayores dificultades de acceso a la información.
- Promover la adopción y el mantenimiento de conductas saludables, principalmente relaciones sexuales más seguras, favoreciendo el uso del preservativo, como medida de prevención de la infección VIH.
- Mejorar la aceptación social de los distintos estilos de vida y de los programas y medidas de prevención, tanto sexual como de inyección, especialmente los dirigidos a los colectivos más vulnerables.
- Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH y el *counseling*, reduciendo las barreras informativas, psicológicas o sanitarias para la realización de la prueba y promoviendo en la población la identificación correcta del riesgo individual de infección.

PREVENCIÓN EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

Los adolescentes continúan siendo una de las poblaciones en las que las intervenciones para prevenir la transmisión sexual del VIH son prioritarias y del éxito de las mismas dependerá el futuro de la epidemia en nuestro país. Si bien los adolescentes no son un colectivo homogéneo en cuanto a conductas de riesgo para la salud, las relaciones sexuales y el consumo de algunas drogas se experimentan en este período y a menudo tienen lugar antes de que el individuo haya adquirido las habilidades necesarias para evitar la infección por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual y el embarazo.

jóvenes y
adolescentes

Tres de cada cinco casos de sida adquiridos por vía sexual y nueve de cada diez de los adquiridos por compartir material de inyección de drogas afectan a jóvenes y adultos con edades comprendidas ente 20 y 39 años. De acuerdo con la historia natural de la infección, muchas de estas personas debieron contraer la infección muy precozmente, algunos de ellos incluso en la adolescencia.

Al mismo tiempo, los jóvenes pueden representar una gran ayuda en la prevención del VIH y en el control de la epidemia. Dado que su comportamiento está aún en desarrollo pueden adoptar prácticas más seguras con mayor facilidad que los adultos. Así, múltiples estudios nacionales e internacionales señalan que la edad comprendida entre los 16 y los 20 años es crítica para la adopción de conductas saludables.

Distintas encuestas españolas hechas a estudiantes en los ámbitos local, autonómico o nacional muestran que entre un 13% y un 18% ha tenido relaciones sexuales con penetración, siendo esta proporción muy inferior a la declarada en otros países europeos no mediterráneos o de Estados Unidos^{39 40 41 42}. La edad media de la primera experiencia sexual completa es de 17 años 4 meses para los chicos y de 18 años 4 meses para las chicas⁴³. Aunque el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado por los estudiantes sexualmente activos (83% lo usó la última vez que mantuvo relaciones sexuales⁴⁴), su utilización sistemática está mucho menos extendida, siendo buena muestra de ello el incremento de los embarazos no deseados en los adolescentes de nuestro país⁴⁵.

Los factores que determinan la adopción de medidas preventivas en las relaciones sexuales señalan que el disponer de una buena información acerca del VIH y sus mecanismos de transmisión y prevención es necesario pero no suficiente. Hay que tener en cuenta determinantes tan decisivos como son la percepción de riesgo y de lo que opina y hace la pareja, la habilidad para una efectiva comunicación/ negociación sexual, la autoeficacia para pedir a la pareja el uso de preservativo, la opinión de los amigos y la percepción de lo que hacen los demás y de la norma social de prevención del VIH. La importancia de estos determinantes varía en función del género debido a la existencia de diferencias en las expectativas sociales y en los valores sobre la sexualidad e inequidad en las relaciones de poder. Especialmente durante la adolescencia, la conducta sexual está sujeta a multitud de influencias relacionadas con el entorno. Entre ellas destaca el consumo de alcohol, el que la pareja suele ser nueva, que se tienen relaciones sexuales en lugares inadecuados, que suelen surgir sin planificación, etc. De ahí la necesidad de incorporar la perspectiva de género y los factores contextuales en las estrategias de prevención del VIH y de promoción de la salud sexual en los jóvenes.

La promoción y la educación para la salud han de ser los fundamentos para mejorar la salud sexual. La educación sobre el VIH y el sida como parte integral de la promoción y

educación para la salud en la escuela continua siendo la principal estrategia para educar a los jóvenes y, por ende, a toda la sociedad. La educación para la salud sexual se debe incorporar al currículo escolar y debe estar presente en todas las etapas del proceso educativo, adaptando los contenidos y la metodología a la edad, características culturales y situaciones concretas de los alumnos.

Asimismo, es preciso disponer de estrategias y enfoques educativos adicionales que permitan alcanzar a los jóvenes fuera del entorno escolar y a aquellos sub-grupos juveniles que debido a distintas circunstancias sociales (abuso de drogas, orientación sexual, pobreza, estilos de vida o pertenencia a grupos étnicos minoritarios) quedan fuera de la corriente principal pero pueden ser especialmente vulnerables a la infección por VIH. La educación entre pares es una forma conveniente y eficaz de alcanzarlos y además garantiza su participación en el diseño, desarrollo y evaluación de las intervenciones. La colaboración de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida con el Consejo de la Juventud de España permite el desarrollo campañas y la elaboración de materiales de información/sensibilización desde una perspectiva de educación entre pares.

jóvenes y
adolescentes

La prevención primaria de la infección por VIH mediante la promoción y la educación para la salud sexual debe ser complementada mediante la provisión de servicios de anticoncepción y diagnóstico precoz de enfermedades de transmisión sexual. Las condiciones de acceso a estos servicios y su grado de adaptación a las necesidades y preferencias de los jóvenes serán elementos clave que aseguren el alcance de una adecuada cobertura.

En nuestro medio la implantación de programas de educación sobre el VIH y el sida en el medio escolar es desigual entre las diferentes comunidades autónomas y, salvo excepciones, su cobertura debe ampliarse. Debe por tanto incrementarse el desarrollo de estos programas, de forma coordinada entre las autoridades sanitarias y educativas de las comunidades autónomas y continuando con la colaboración con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Los padres son los transmisores más importantes de valores en el desarrollo de los hijos. Al fomentar desde la primera infancia los hábitos de salud, la responsabilidad y la autoestima, y al establecer una relación de confianza que permita el diálogo sobre sexualidad, los padres pueden contribuir de manera eficaz a la prevención del embarazo no deseado, del VIH y de otras ETS.

OBJETIVOS

- Ampliar el desarrollo actual de la prevención del VIH/sida en el contexto de la promoción y la educación para la salud sexual en la escuela.
- Promover el aprendizaje de habilidades para el desarrollo de conductas sexuales saludables desde una perspectiva de género.
- Aumentar, mejorar e intensificar las intervenciones y los programas educativos dirigidos a jóvenes en situaciones de alto riesgo, reconociendo sus problemas específicos y su especial vulnerabilidad a la infección.
- Abordar las actividades de prevención del VIH con un enfoque global, en el contexto de la promoción de la salud sexual, prevención de las ETS y de los embarazos no deseados.
- Fomentar la correcta utilización del preservativo teniendo en cuenta el contexto de las relaciones de pareja.
- Sensibilizar a los jóvenes acerca de la relación entre consumo de drogas y la adopción de conductas sexuales de riesgo.

- Mejorar y ampliar el acceso de los jóvenes a los servicios sanitarios (centros de planificación familiar, centros de jóvenes, etc.) adecuándolos a sus preferencias y sus necesidades.

**jóvenes y
adolescentes**

PREVENCIÓN EN USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL

Dadas las particulares características de la epidemia de sida en España, la prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas así como la promoción de la salud entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo el elemento nuclear del Plan Nacional sobre el Sida, y la reducción de daños la estrategia de elección. Al igual que en muchas otras enfermedades relacionadas con hábitos o prácticas nocivas para la salud, las medidas pragmáticas orientadas a reducir la morbi-mortalidad asociada que sufren las personas que se inyectan drogas han demostrado reiteradamente ser más efectivas que las intervenciones maximalistas orientadas a erradicar el consumo, no sólo para reducir la transmisión del VIH sino para el propio tratamiento de las toxicomanías, habiendo permitido además crear un entorno favorable para el acceso a los servicios sanitarios y sociales y la reducción de la marginalidad.

UDVP

Las prácticas de inyección con riesgo de transmisión de VIH y otras enfermedades infecciosas entre los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) han evolucionado favorablemente en los últimos años. En España, casi todos los inyectores pertenecen al “mundo de la heroína”, (han sido o siguen siendo consumidores de heroína), sin que tengamos evidencias empíricas contrastables de que la extensión del consumo de cocaína que se ha producido en España haya conllevado la aparición de nuevos inyectores de sólo esta sustancia. El uso de la inyección como principal vía de administración de esta sustancia ha seguido reduciéndose en España, pasando de un 28% en 1996 a un 19% en 1999 en las personas que demandan tratamiento por su consumo, aunque llama la atención la resistencia al cambio mostrada por algunas áreas geográficas como el área metropolitana de Barcelona o la isla de Mallorca⁴⁶. Esta disminución de la vía parenteral debida tanto al abandono de ésta como a la adopción más frecuente de vías no parenterales por los nuevos usuarios⁴⁷ es un hecho epidemiológico bien documentado y probablemente uno de los más relevantes para el control de la infección por VIH entre los consumidores de drogas en España⁴⁸. Sin embargo, cada vez existen más indicios de que algunas de las personas que han abandonado la vía parenteral como vía habitual se inyectan de forma esporádica dicha sustancia y quizá incluso más frecuentemente cocaína⁴⁹. Un patrón similar de inyección esporádica, sobre todo de cocaína parece que puede estar produciéndose entre las personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos. Aunque no existen muchas series temporales que permitan afirmarlo con rotundidad, parece evidente que se ha producido una constante disminución en el porcentaje de inyectores que utilizan jeringuillas ya empleadas por otras personas, así como del número de personas con las que se comparte, restringiendo este hábito a personas muy próximas en la red social del usuario, principalmente la pareja sexual^{50, 51}. Sin embargo, algún estudio fuera de nuestro país ha indicado que el beneficio de compartir sólo con la pareja no es tan importante, debido a la gran velocidad con que los consumidores cambian de pareja sexual o red de próximos⁵². Por otra parte, se sabe que la práctica de inyectarse drogas que han sido disueltas en jeringas ya usadas por otras personas está tanto o más extendida que el empleo de jeringuillas usadas por otros. Bastantes consumidores que no comparten jeringuillas realizan esta práctica, cuya prevalencia probablemente esté aumentando⁵³.

La década final del siglo XX podría definirse en España como la de la generalización de los programas de reducción de riesgos, concretamente de intercambio de jeringuillas y de dispensación de metadona, cuyo mapa de distribución ha cambiado radicalmente en nuestro país. Esta cobertura debe mantenerse y mejorarse intentando que se implementen

nuevos programas en áreas geográficas claramente carenciales o que se mejore la accesibilidad de grupos de consumidores insuficientemente cubiertos: consumidores jóvenes, consumidores con un alto grado de marginalidad, etc. La disponibilidad de material de inyección estéril para todos los inyectores y para todas las inyecciones es un elemento que sigue siendo crucial para el control de la epidemia, no sólo del VIH sino también del VHC.

La distribución del material de inyección se debe integrar como una actividad normalizada de todos los centros sanitarios pero, en particular, de aquéllos que atienden a drogodependientes. Las farmacias han sido un buen ejemplo a seguir en este sentido. Se estima que en el año 2000 un 5% participaban en programas de intercambio de jeringuillas, y la disponibilidad mostrada por los farmacéuticos y los auxiliares⁵⁴ permitirá incrementar de forma importante el número de puntos dispensadores, por lo que deberá seguirse promoviendo la extensión de estos programas hasta configurar una red de prevención del VIH de amplia cobertura y profesionalidad.

UDVP

Además, para llegar a las poblaciones de inyectores de difícil acceso es preciso disponer programas de intercambio de jeringuillas más diversificados⁵⁵, desarrollando modalidades mecánicas de intercambio, programas que además de la distribución del material estéril, educación sanitaria, promoción de la detección precoz del VIH con *counseling*, y derivación a los recursos sociosanitarios, se adapten a las distintas necesidades básicas y horarios de los usuarios. Las diferentes conductas de riesgo en función del sexo hacen imprescindible la incorporación de la perspectiva de género en los programas. Dado que la magnitud de nuestro problema no tiene mucho parangón entre los países desarrollados, tenemos la obligación de poner en marcha iniciativas innovadoras adecuadas, como salas de venopunción higiénica y programas de prescripción de heroína u otras que seamos capaces de imaginar. Debe por tanto continuar el desarrollo de programas de acercamiento a este colectivo iniciado en los últimos años, con participación de mediadores, principalmente usuarios y exusuarios de drogas, y que incorporen la perspectiva de género. El acercamiento a las poblaciones ocultas de usuarios que no contactan con los servicios existentes sigue siendo un desafío.

Los comportamientos sexuales han evolucionado menos favorablemente en estos años probablemente debido a que se percibe menos el riesgo de infección por relaciones sexuales no protegidas que los riesgos relacionados con la inyección. Dichos comportamientos, en especial con la pareja estable, parecen más difíciles de cambiar. Diversos estudios indican que menos de la mitad de las personas que se inyectan usan el preservativo sistemáticamente en sus relaciones con la pareja estable, constituyéndose un puente para la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual hacia la población drogodependiente no inyectora, y hacia la población general. Aunque se ha realizado un amplio programa de formación de los profesionales de los centros de atención a drogodependientes y talleres para mediadores y usuarios, debe prestarse especial atención a la relevancia de esta vía de transmisión y al impacto en su prevención de las actividades de identificación y tratamiento precoz de otras enfermedades de transmisión sexual. Deben intensificarse las actividades de prevención para las personas infectadas y desarrollar programas específicos para parejas serodiscordantes independientemente de que uno de los miembros de la pareja se inyecte drogas o no. Las normas, las reglas y las costumbres en la conducta heterosexual de los usuarios podrían estar sustentando una cultura que legitima el sexo no protegido como parte importante y significativa de las relaciones, tanto en inyectores como en no inyectores. Por ello, la participación de asociaciones de usuarios en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones dirigidas a este colectivo no solo garantiza el apoyo entre iguales y el acceso a poblaciones ocultas sino que permite mejorar el conocimiento del significado social de las relaciones entre inyectores, imprescindible para diseñar intervenciones preventivas más eficaces.

El análisis de los datos del Registro de casos de sida permite constatar que, en 1997-1999, uno de cada cinco UDVP fue diagnosticado de sida a la vez que de infección por VIH. Este retraso diagnóstico, aunque no tan acentuado como en otros grupos de población, es especialmente inaceptable en aquellas personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas con anterioridad. Debe por tanto sensibilizarse a los profesionales sanitarios de los centros de salud y servicios que atienden a drogodependientes para incrementar la detección precoz de la infección por VIH, así como incrementar la formación y las habilidades de estos profesionales en estrategias para mejorar la adherencia a las medidas de prevención de las personas infectadas. La epidemia del VIH entre las personas que se inyectan drogas debe ser contemplada en el contexto de otras enfermedades transmisibles frecuentes en este grupo de población (tuberculosis, hepatitis B y hepatitis C, otras ETS), siendo en algunos casos similares los métodos de vigilancia y las estrategias de prevención, precisándose por tanto un enfoque más integrado en el desarrollo de políticas e implementación de programas.

UDVP

Teniendo en cuenta la gran inversión de recursos que los programas de reducción de daño suponen y el tiempo pasado desde su implementación, debe hacerse un esfuerzo importante para evaluar el grado en que los diferentes resultados esperables se han conseguido, así como los aspectos del diseño, de la estructura organizativa o funcional de los programas que son claramente susceptibles de mejora o de adaptación al contexto epidemiológico actual o al que es probable que nos encontremos en los años venideros.

Si queremos conseguir que dentro de 10 años el riesgo de infección de una persona que realice una práctica de riesgo en España sea equivalente al de la media de los países europeos, nuestra intervención ha de tener una prioridad y unas características diferentes de las de los países de nuestro entorno, tanto en intensidad como en la cobertura y diversidad de las estrategias implementadas.

Todas estas acciones deben desarrollarse necesariamente en coordinación con los sistemas de atención sanitaria, las comunidades autónomas y el Ministerio del Interior. La colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas, responsable del tratamiento de los UDVP y, por tanto, de una parte importante de la prevención de la infección por VIH, es esencial.

OBJETIVOS

- Consolidar y afianzar las actividades de reducción de daños existentes, asegurar su sostenibilidad y adaptarlas a las nuevas necesidades.
- Integrar las actividades y programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas, incluyendo prevención de VIH, hepatitis y detección precoz y seguimiento de tuberculosis, en los servicios normalizados de atención a drogodependientes, como parte de una oferta sanitaria integral de calidad.
- Desarrollar programas específicos para los usuarios de drogas de difícil acceso, intensificando la participación de asociaciones de usuarios y promoviendo la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias de acercamiento (servicios de acogida que cubran necesidades básicas, salas de venopunción higiénica, prescripción controlada de heroína).
- Intensificar las actividades de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de infecciones asociadas al consumo de drogas, hepatitis, tuberculosis y ETS, además del VIH, desde los centros y servicios de atención a drogodependientes.
- Reforzar las actividades de prevención de la transmisión sexual del VIH, desarrollando programas para parejas serodiscordantes e intensificando las actividades de prevención en los infectados.

PREVENCIÓN EN HOMBRES CON PRÁCTICAS HOMOSEXUALES O BISEXUALES

La incidencia de nuevos casos de sida atribuidos a las relaciones sexuales entre hombres ha descendido un 62% en los últimos cinco años. Aún así, en el año 2000 la tercera vía de transmisión más frecuente fue la de las relaciones homosexuales no protegidas (11% del total de casos notificados), siendo muy desigual su distribución geográfica por comunidad autónoma⁵⁶.

Estudios con diferente metodología (pruebas voluntarias, anónimos no relacionados) y sobre distintas poblaciones de hombres con prácticas homosexuales (frecuentadores de centros de ETS/VIH o lugares de ambiente gay) ponen de manifiesto que en los últimos cinco años la prevalencia de VIH en hombres con prácticas homosexuales se ha estabilizado entorno al 10%-15%^{57 58 59}. La incidencia de VIH en este colectivo está mucho menos estudiada. Datos procedentes del único estudio disponible en nuestro medio parecen mostrar una disminución hasta 1995, seguida de un discreto pero significativo aumento en los últimos cinco años (de 1,06 por 100 PA en 1995 a 2,16 por 100 PA en 2000)⁶⁰.

prácticas
homosexuales
o bisexuales

En el período 1997-1999, el 54% de los casos sida de transmisión sexual entre hombres desconocía su infección hasta el mes anterior al diagnóstico del sida⁶¹. Esto significa que durante un largo período de tiempo no saben que están infectados no pudiéndose beneficiar de los tratamientos actuales, pero también, no pudiendo prever las consecuencias de posibles conductas sexuales de riesgo.

Los escasos estudios sobre conductas de riesgo para el VIH en los hombres homosexuales y bisexuales indican que la frecuencia de uso sistemático del preservativo con los contactos ocasionales varió entre el 71% y el 81% en el periodo de 1995-1998. Con la pareja estable el mismo indicador osciló entre el 40% y el 48% en el mismo período, a pesar de que más de la mitad de éstas desconocía su estado serológico (59% y 50%)⁶². Los datos de accidentes con el preservativo (roturas o deslizamientos) en este colectivo no son infrecuentes^{63 64}, lo que requiere insistir en la necesidad de aumentar la disponibilidad de preservativos específicamente diseñados para coito anal y el uso de lubricantes adecuados. El consumo de alcohol antes o durante las relaciones sexuales varió entre el 48% y el 60% en el mismo periodo y el de cocaína entre el 10% y el 17%⁶⁵.

En nuestro medio el riesgo de transmisión del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres todavía es elevado y por lo tanto continúa siendo una población prioritaria en la prevención de la infección por VIH.

Las comunidades de hombres homosexuales han sido las que han mostrado las más profundas modificaciones de las conductas personales relacionadas con el sida. Sin embargo estos cambios ni se han distribuido homogéneamente ni han sido estables. Los primeros programas de prevención del sida obtuvieron éxitos importantes en determinados segmentos de hombres homosexuales, principalmente los adultos, residentes en grandes núcleos urbanos y con alto nivel educativo, no observándose tan buenos resultados entre los homosexuales con bajo nivel educativo, los que no se sienten miembros de la comunidad gay y los que viven fuera de las grandes ciudades. Así mismo, la naturaleza de la infección por VIH exige cambios de comportamiento que deben mantenerse durante un largo período de tiempo y actualmente, tras veinte años de la epidemia, estudios internacionales recientes advierten una evolución desfavorable de los

comportamientos sexuales de prevención, observándose un aumento de prácticas sexuales desprotegidas en el conjunto del colectivo y más frecuentemente entre los homo/bisexuales jóvenes, así como un aumento de la incidencia de ETS, a su vez un marcador indirecto de prácticas sexuales no seguras que pueden resultar en la transmisión del VIH. Este aumento coincide además con la introducción de las nuevas terapias antiretrovirales de alta eficacia que puede haber ocasionado una disminución de la percepción del riesgo de contagio y de la gravedad de la enfermedad ⁶⁶. Todo ello apunta a la posibilidad de que los determinantes de los cambios iniciales de conducta sean diferentes a los relacionados con el mantenimiento de comportamientos seguros y a la aparición de recaídas, siendo por ello necesario estudiar estos factores y diseñar programas de prevención más específicos.

En España, en el período 1997-1999 entre 6 y 8 comunidades y ciudades autónomas desarrollaron programas de prevención específicamente dirigidos a la comunidad de hombres homosexuales. El papel del movimiento asociativo homosexual en el diseño, implantación y en la continuidad de las actividades preventivas es de la mayor importancia. La estrategia de educación entre iguales garantiza un mayor y mejor conocimiento de la realidad, una mayor proximidad y confianza en los mensajes y una difusión más eficaz de los mensajes preventivos en los espacios de relación. Esta capacidad de intervención directa ha contribuido a que la mayoría de los programas y actividades preventivas desarrolladas por las comunidades autónomas se hayan diseñado y realizado en colaboración con las organizaciones gays.

prácticas
homosexuales
o bisexuales

OBJETIVOS

- Mantener las actividades de prevención dirigidas a reducir entre los hombres homosexuales, el número de ocasiones en las que se produce la penetración anal no protegida entre hombres de estado serológico discordante.
- Intensificar las actividades de prevención específicas para hombres homosexuales jóvenes.
- Desarrollar intervenciones específicas para prevenir las recaídas y fomentar la adherencia a las prácticas sexuales más seguras.
- Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH y las medidas para aumentar la percepción de riesgo individual.
- Sensibilizar acerca de la importancia en la adopción de medidas de prevención, de separar en el tiempo las relaciones sexuales y el consumo de alcohol y de otras drogas.
- Potenciar el movimiento asociativo para extender a todas comunidades autónomas los programas de prevención dirigidos a este colectivo.
- Establecer sistemas de monitorización de las conductas de riesgo para la transmisión del VIH y sus determinantes en la comunidad homosexual.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas dirigidas al colectivo homosexual.

PREVENCIÓN EN PERSONAS QUE TRABAJAN EN LA PROSTITUCIÓN

Los hombres y las mujeres que ejercen el sexo comercial constituyen por su profesión un colectivo especialmente vulnerable a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la del VIH, pudiéndolas además transmitir a sus clientes y precisando de programas específicos de promoción de la salud sexual.

El riesgo de transmisión del VIH está relacionado con el tipo de prácticas sexuales, el número de parejas sexuales, la prevalencia de infección por VIH y la coexistencia de otras ITS. Este riesgo varía ampliamente en función del lugar y las circunstancias en las que se ejerce el trabajo sexual, viéndose incrementado cuando al ejercicio del sexo comercial se añade el consumo de drogas inyectadas.

Como colectivo, los trabajadores del sexo constituyen un grupo muy heterogéneo, con características sociales, condiciones de vida y en consecuencia necesidades y patrones de utilización de los servicios sanitarios muy variables. Así mismo, este colectivo está también formado por sub-grupos de otras poblaciones especialmente vulnerables a la infección por VIH, como son los trabajadores homosexuales o las mujeres inyectoras de drogas que se prostituyen, y que no siempre están adecuadamente contemplados en las intervenciones preventivas específicamente dirigidas a su grupo en general.

La situación de precariedad legal, socio-económica, laboral y familiar puede hacer aumentar la vulnerabilidad de algunos hombres y mujeres inmigrantes a distintos riesgos para su salud incluidos el sida y otras enfermedades de transmisión sexual. La poca experiencia laboral asociada al trabajo sexual de éstos, así como las barreras de lenguaje y cultura que experimentan pueden resultar en un mayor riesgo de exposición a ITS incluida la infección por VIH unido a dificultades de acceso a los recursos asistenciales y de información. En España los estudios realizados en personas que ejercen la prostitución señalan bajas prevalencias de infección en mujeres inmigrantes, incluso en aquellas procedentes de países muy afectados.

Asimismo, en segmentos específicos de este colectivo, la salud sexual puede no ser una prioridad y los servicios especializados de ETS pueden no ser vistos como amigables, accesibles y beneficiosos para ellos. Por ello, la estrategia preventiva en este colectivo deberá combinarse con las actuaciones encaminadas a modificar los estilos de vida o a adaptar los servicios sanitarios a sus necesidades, con actuaciones encaminadas a mejorar sus condiciones de vida y perspectivas con miras a reforzar su motivación para adoptar medidas preventivas contra la infección.

Los prejuicios sociales y las sanciones legales hacen que algunos trabajadores del sexo y clientes eviten los servicios sanitarios existentes, aunque estos sean los más apropiados y accesibles. Así, la adopción de medidas anti-discriminatorias es tan importante como el disponer de programas preventivos y una infraestructura sanitaria adecuados.

En España, como en otros países occidentales, el sexo comercial ha sido poco relevante para la transmisión del VIH a la población general, observándose prevalencias de infección relativamente bajas entre las trabajadoras del sexo (por debajo del 2%), excepto entre las que se inyectan drogas (en torno al 50%),⁶⁷. La prevalencia de infección en una muestra de travestis y transexuales masculinos que ejercen la prostitución en la calle fue del 22% (16% entre los que nunca se habían inyectado y 58% entre los que se habían

prostitución

inyectado) aunque solo el 73% se habían hecho la prueba del VIH⁶⁸. La incidencia de VIH en una muestra de trabajadoras del sexo fue de 8,8 casos por 100 mujeres año seguimiento, encontrándose asociada a uso actual de drogas inyectadas, tener una pareja regular también inyectora de drogas y edad joven⁶⁹.

Entre la muestra de travestis y transexuales masculinos estudiada, el 73% utilizaba siempre el preservativo con sus clientes y el 50% en su vida privada. Entre los hombres que ejercen la prostitución, el 52% lo utilizaba con sus clientes y el 41% en su vida privada. Por ello, los hombres y travestis que ejercen la prostitución deben convertirse en un colectivo de especial atención dentro de los programas dirigidos a trabajadores/profesionales del sexo.

Es importante desarrollar e implementar programas de prevención y promoción de la salud sexual apropiados a los diferentes contextos en los que tiene lugar el sexo comercial. Esto incluye considerar a la gente joven que se involucran en el trabajo sexual oportunista y a personas con distintos antecedentes lingüísticos y culturales

prostitución

Hay que expandir la capacidad de los grupos y asociaciones de trabajadores del sexo a diseñar, gestionar y participar en actividades de promoción de la salud basadas en el grupo de iguales así como a participar en la amplia respuesta asociativa a la epidemia.

La adopción de medidas anti-discriminatorias es tan importante como el disponer de programas preventivos y una infraestructura sanitaria adecuados.

Además de la importancia epidemiológica de la prevención y el diagnóstico precoz y tratamiento de ITS entre las trabajadoras del sexo comercial, se deben hacer esfuerzos para mejorar el diagnóstico precoz y el tratamiento de carcinoma de cervix al observarse una mayor susceptibilidad al mismo entre las trabajadoras del sexo.

En España los programas de acercamiento a pie de calle dirigidos a mujeres que ejercen el sexo comercial han ido extendiéndose a todas las comunidades autónomas, no así dirigidos a los trabajadores homosexuales y los travestis, entre los que precisamente la prevalencia de conductas sexuales de riesgo es más alta.

OBJETIVOS

- Aumentar los conocimientos y las habilidades de los trabajadores del sexo para negociar prácticas sexuales más seguras con clientes y parejas sexuales.
- Mejorar el conocimiento a los sistemas de acceso al sistema sanitario, especialmente a los servicios de ETS y programas de prevención del VIH.
- Caracterizar las necesidades preventivas de subgrupos específicos de este colectivo con mayor vulnerabilidad a la infección por VIH
- Facilitar la puesta en marcha de programas de acercamiento a travestís y hombres que ejercen el sexo comercial.
- Fomentar el asociacionismo y la participación del colectivo en el diseño y desarrollo de los programas de prevención

PREVENCIÓN EN PRISIONES

En España, los casos de sida notificados en centros penitenciarios representan aproximadamente el 11% del total⁷⁰. De ellos, el 90% han sido adquiridos por vía parenteral. La Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Europa ya en 1993, en sus recomendaciones en relación con el VIH/sida, pedían a los gobiernos que garantizaran a los internos el acceso a los mismos tratamientos y medidas de prevención a los que accede el resto de la comunidad. Por ello las estrategias descritas anteriormente para abordar la prevención de la infección por el VIH en UDVP deben ser aplicadas en el medio penitenciario.

En 1996 la prevalencia de infección por el VIH en prisiones era del 22,7%. Cinco años más tarde se ha reducido al 16,6%. Esta importante mejora sin duda se puede atribuir en gran parte al esfuerzo realizado por las instituciones penitenciarias para la prevención de la infección por el VIH y otras enfermedades transmisibles. Hoy todos los centros penitenciarios disponen de programas de mantenimiento con metadona, se están extendiendo los módulos libres de drogas, hay 9 programas de intercambio de jeringuillas en funcionamiento⁷¹, se distribuyen preservativos en todas las prisiones, la cobertura del programa de formación adaptado por especialidades a los distintos cuerpos de funcionarios de prisiones es muy elevada, y se han puesto en marcha numerosos programas y talleres de educación para la salud y técnicas de *counseling*. Estas actividades han sido posibles gracias a la efectividad de la colaboración entre la SPNS del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias que, instrumentada mediante convenios, permiten que esta última pueda desarrollar las actividades de prevención del VIH en la población reclusa a la que de otro modo la SPNS no tendría acceso.

prisiones

Varios indicadores confirman una tendencia favorable en la evolución de la epidemia en prisiones. No sólo la prevalencia de infección, sino los casos de sida, los casos de tuberculosis y las muertes por sobredosis convergen en apuntar estos buenos resultados. Pero a pesar del impresionante cambio descrito en el panorama de la atención sanitaria integral y de calidad a los internos, los datos que proporciona el sistema de vigilancia epidemiológica de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias⁷² siguen reclamando mayor atención.

En 1998, al ingreso en prisión, el 40% de los internos tenían antecedentes de uso inyectado de drogas, y de ellos, el 75% había compartido jeringuillas alguna vez. Al igual que extramuros, también en prisiones se aprecia el progresivo cambio en la vía de consumo, bajando la inyectada a favor de la fumada o inhalada. Pero quizá lo más llamativo sea que el 72-79% de los internos no refiere uso habitual del preservativo, porcentaje que está en el 60-75% entre los VIH positivos.

También en cuanto a enfermedades indicativas de sida la distribución en centros penitenciarios difiere de la observada en población general, con más de un 46% debutando con tuberculosis pulmonar, mucho más elevada que el 18% del total de los casos. La coinfección sida-tuberculosis ha contribuido de forma decisiva al incremento de casos de tuberculosis, que en prisiones alcanza tasas 30 veces superiores a las de la población general.

Las hepatitis, especialmente el VHC, constituyen otro gran problema de salud pública relacionado. En el año 2000, en los centros penitenciarios de Madrid, un 21% de los

internos llegaron ya infectados por VHC en el primer ingreso en prisión, y la tasa de infección entre los que tenían antecedentes de uso inyectado de drogas osciló entre el 73 y el 95%⁷³. Debe tenerse en cuenta que la situación de los internos ofrece una oportunidad única para la intervención preventiva, no sólo del VIH sino también de las hepatitis y la tuberculosis.

La cobertura de la prueba de detección del VIH era en 1998 del 53%, porcentaje que subía al 70% cuando se trataba de internos con historial de inyectores. Aunque esta cobertura ha aumentado en los últimos años hay que adoptar las medidas adecuadas para que la prueba, voluntaria y acompañada de *counseling*, se siga normalizando.

prisiones

OBJETIVOS

- Ampliar la exposición de los internos a programas de prevención de la infección por el VIH por vía parenteral de reconocida eficacia.
- Intensificar las actividades de sensibilización y formación de funcionarios de prisiones, incluyendo los de vigilancia, para conseguir un clima favorable a los programas de reducción de daños, en el que los reclusos accedan sin barreras a los programas existentes.
- Extender la disponibilidad de material de inyección estéril, sentando las bases para la normalización de los programas de intercambio de jeringuillas.
- Promocionar la adopción y el mantenimiento de prácticas sexuales más seguras, tanto en las relaciones homosexuales como en las heterosexuales, mediante una adecuada diversidad de estrategias educativas y el acceso a los instrumentos de prevención.
- Integrar las actividades de prevención del VIH con aquellas destinadas al abordaje de los problemas de salud más frecuentes en este grupo, especialmente la tuberculosis.
- Promocionar la participación de los internos en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones preventivas.

PREVENCIÓN EN MUJERES

Mientras a escala mundial a finales del 2000 el 45% de las personas con VIH/SIDA eran mujeres, en Europa hay un claro predominio masculino, con una razón hombre/mujer de 4,3:1 en el conjunto de los casos de sida⁷⁴. En España, país con las mayores tasas de sida de Europa hasta 1998 tanto en hombres como en mujeres, la epidemia también es claramente masculina: por cada caso en mujeres se notifican cuatro en hombres y esta razón se ha mantenido prácticamente constante a lo largo de la última década⁷⁵. En un estudio anónimo no relacionado realizado en 1996 sobre muestras de sangre disponibles de una seroteca, se encontró que la ratio hombre/mujer de infección por VIH era de 3,1:1. Esta menor diferencia podría estar reflejando el peso del componente heterosexual en la epidemia más reciente⁷⁶.

La vía de transmisión más frecuente en ambos sexos continúa siendo la parenteral, por el uso compartido del material de inyección utilizado para preparar y/o administrarse la droga. Los casos debidos a transmisión heterosexual han ido aumentando proporcionalmente y son ya la segunda vía más frecuente en hombres, en los que ha superado a la transmisión homosexual, pero sobre todo en mujeres, entre las que en 1999 supuso el 33% de los casos notificados. Esto hace pensar que el futuro de la epidemia en España podría estar determinado por la evolución de la transmisión sexual, máxime cuando los programas dirigidos a usuarios de drogas están dando sus frutos en cuanto a disminución de la incidencia de infección atribuible a la vía parenteral.

La edad media en el momento del diagnóstico de sida es menor para las mujeres, aunque está aumentando en ambos sexos. En los casos de transmisión heterosexual esta diferencia es aún más marcada, alcanzando los 4-5 años. La transmisión heterosexual en los grupos de edad más joven es predominantemente femenina (70% entre los de 20-24 años y el 66% entre los 25-29 años).

Desde el principio de la epidemia el contagio por vía heterosexual reviste algunas características específicas en las mujeres. En ellas, la transmisión a partir de relaciones sexuales no protegidas con una pareja UDVP es casi cuatro veces mayor (60-70%) que entre los hombres (15-20%), en los que es mucho más frecuente que ésta se haya producido por relaciones no protegidas con múltiples parejas o con personas que ejercen la prostitución.

En resumen, actualmente la magnitud de la epidemia de la infección por VIH en España en las mujeres es mucho menor que en hombres y no parece estar aumentando. Sin embargo, también es cierto que en ellas, a la mayor vulnerabilidad biológica, se añade una mayor vulnerabilidad psicológica, social y cultural derivadas de las condiciones de desigualdad en que tiene lugar sus relaciones con el otro sexo. Datos procedentes de numerosos estudios y de áreas geográficas diferentes, muestran que con frecuencia la responsabilidad del uso de anticonceptivos recae sobre la mujer y que ésta tiene más dificultades para negociar formas de sexo más seguro como el uso de preservativos, con su pareja. Se sabe también que muchas de las mujeres inyectoras se han iniciado en el uso inyectado a través de su pareja, cosa mucho menos frecuente en los hombres, y que además comparten más el material de inyección con sus compañeros.

Las intervenciones de prevención han de tener necesariamente en cuenta esta realidad y la influencia de las relaciones de género sobre las diferentes conductas de hombres y mujeres. Por ello, los mensajes preventivos, las estrategias educativas y los sistemas de

mujeres

provisión de los servicios sanitarios preventivos han de adaptarse a las necesidades y valores específicos de hombres y mujeres. Además estas intervenciones deben ir acompañadas de actuaciones sobre el entorno social, laboral y familiar encaminadas a reducir los obstáculos que los condicionantes de género suponen para la prevención.

Éstas son la situación y las premisas sobre las que el Plan Nacional sobre el Sida articula su estrategia de prevención. Las mujeres constituyen una de las poblaciones prioritarias objeto de atención, reconociendo la necesidad de incluir la perspectiva de género en los programas de prevención. La colaboración con el Instituto de la Mujer sigue siendo necesaria para el desarrollo de actividades preventivas en mujeres, en el contexto de la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados. En 1996 se incluyeron por primera vez los programas dirigidos a mujeres entre las prioridades de financiación de ONG. Los planes autonómicos de sida, con plenas competencias tanto en el ámbito de la prevención de VIH como de la igualdad de la mujer, reciben además desde 1998 fondos del Ministerio de Sanidad y Consumo para el desarrollo de programas de prevención del VIH en diferentes grupos de población, entre ellos las mujeres.

mujeres

OBJETIVOS

- Mejorar el nivel de información y educación sanitaria de las mujeres en relación con la salud sexual y la infección por VIH y las medidas de prevención, especialmente las pertenecientes a poblaciones de mayor riesgo de infección.
- Ofrecer una atención integral a la mujer que incluya la detección precoz de ETS (herpes, clamidia y HPV) y de cáncer de cérvix.
- Desarrollar intervenciones específicas para mejorar el acceso de las mujeres a los programas y medidas de prevención del VIH existentes.
- Fomentar la implicación de las mujeres en el diseño y realización de estos programas.

PREVENCIÓN EN INMIGRANTES Y MINORÍAS ÉTNICAS

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España que ha ido adquiriendo protagonismo en los últimos 10 años y que plantea numerosos retos, tanto sanitarios como sociales; la prevención y el tratamiento de la infección por VIH y la problemática asociada es uno de ellos. Los aspectos relacionados con la infección por VIH en inmigrantes y minorías étnicas deben contemplarse desde una perspectiva amplia que permita identificar los problemas específicos de estos colectivos y adaptar las actividades de prevención y de asistencia a sus necesidades.

La epidemia de VIH/SIDA en España es autóctona hasta el momento y la inmigración no ha supuesto un aumento significativo de los casos. La creciente entrada de inmigrantes en España despertó algunas dudas respecto a su repercusión sobre la transmisión del VIH. El análisis de los casos de sida⁷⁷ indica que, aunque algunos proceden de áreas muy afectadas por la epidemia de sida, las prevalencias de VIH que se han encontrado no han sido hasta el momento mayores que las de la población española de características similares⁷⁸. Los casos de sida en personas cuyo país de origen es diferente a España representan un 1,9% del total de casos, de los cuales, el 41% procede de países europeos. Las categorías de transmisión de los casos de sida en inmigrantes son heterogéneas y de patrón similar al de sus países de origen. La excepción se da en los casos originarios de Marruecos, entre los que se ha detectado un elevado porcentaje de usuarios de drogas por vía parenteral, patrón de consumo poco frecuente en este país y presumiblemente adoptado en España.

inmigrantes
y minorías
étnicas

Sin embargo, las condiciones sociales adversas de los inmigrantes y minorías étnicas conducen en ocasiones a situaciones de riesgo para su salud, como son la prostitución masculina y femenina, e incluso al consumo de drogas por vía parenteral, estrechamente vinculados con la infección por el VIH. Por otra parte, la situación de marginalidad a la que se ven abocados algunos segmentos de los inmigrantes puede derivar en situaciones que obstaculicen el desarrollo de estrategias preventivas de salud pública y en concreto del VIH/sida.

En los últimos años, y en respuesta al aumento progresivo de inmigrantes que llegan a España en situación de vulnerabilidad, la SPNS empezó a trabajar en aspectos relacionados con la inmigración, las minorías étnicas y el VIH, y los inmigrantes fueron incluidos como colectivo prioritario de intervención en 1999.

Aunque la inmigración es heterogénea, una proporción importante de estas personas tiene serias limitaciones para acceder tanto a las intervenciones preventivas como a la atención sanitaria debido a barreras legales, culturales, lingüísticas y socioeconómicas. La figura de los mediadores socioculturales y de los agentes de salud comunitaria de los propios países de los que proceden es clave para superarlas. Las actividades deben realizarse en colaboración con las asociaciones de inmigrantes y promocionar su implicación en el diseño y la ejecución. También hay que desarrollar el intercambio de experiencias mediante la creación de redes. Asimismo, se considera un requisito para la intervención eficaz el tratar la prevención del VIH en el contexto de las enfermedades de transmisión sexual y, en el caso de las mujeres, de la planificación familiar. Para todo ello es necesario un enfoque sanitario integrador que garantice el derecho a la salud de estas personas.

Finalmente, es preciso combinar las actividades de prevención con actuaciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida del individuo, para lo cual es esencial la cooperación con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en la elaboración de propuestas conjuntas de trabajo y para las ayudas al colectivo de afectados por VIH/sida, en relación a los inmigrantes y minorías étnicas, y con los planes autonómicos de sida, en la prevención.

OBJETIVOS⁷⁹

- Continuar desarrollando campañas de prevención de VIH/SIDA dirigidas a inmigrantes en diferentes idiomas y ampliar a otros idiomas y otros medios de difusión.
- Apoyar técnica y económicamente programas de prevención del VIH/SIDA culturalmente adaptados para minorías étnicas y aquellos grupos de personas que llegan a España en situación de vulnerabilidad (precariedad legal, socio-económica, laboral y afectiva) para infectarse por el VIH.
- Apoyar técnica y económicamente proyectos de investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para el VIH/SIDA en minorías étnicas y en personas que llegan a España en situación de vulnerabilidad.
- Mejorar e impulsar las actividades de vigilancia epidemiológica del VIH y del sida en poblaciones inmigrantes y minorías étnicas en España, con especial atención a la recogida de la variable "*país de origen*" en los registros nacional y autonómicos de casos de sida.
- Extender la realización de seminarios/encuentros dirigidos a las asociaciones de inmigrantes y minorías étnicas para capacitarles en el aprovechamiento de los recursos que ofertan las administraciones públicas (solicitud de subvenciones de programas de intervención, elaboración de los mismos, etc).
- Potenciar la incorporación de la figura de los mediadores culturales y agentes de salud comunitarios en las organizaciones sanitarias que trabajan con inmigrantes y minorías étnicas ya sean gubernamentales o no gubernamentales.
- Estimular el trabajo y la colaboración entre las asociaciones de inmigrantes de carácter cultural, social o sindical y las ONGs con experiencia de trabajo en VIH/SIDA para desarrollar actividades preventivas eficaces en sus colectivos.

<p>inmigrantes y minorías étnicas</p>
--

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

La prevención del VIH entre las mujeres adquiere especial relevancia por la transmisión de la infección a sus hijos, durante el embarazo, parto o lactancia. En la época en la que no se realizaba profilaxis de la transmisión, el riesgo de transmisión de la infección por VIH de la madre a su hijo durante el embarazo estaba entre el 15 y el 25%, variando en presencia de determinados factores relacionados con el momento de la infección en la madre, carga viral, características del parto y otras.

Dada la efectividad del tratamiento antirretroviral administrado durante el embarazo para la reducción del riesgo de transmisión de la infección por VIH al feto, se está consiguiendo una reducción notable de los casos de niños con infección por VIH y de sida. No obstante, España es el país de Europa Occidental con mayor número de casos de sida pediátricos, que han sumado un total de 884 desde el principio de la epidemia hasta diciembre del 2000⁸⁰. Aunque hay una reducción muy notable de las tasas de transmisión vertical, en 1999 aún se diagnosticaron 15 casos, un número todavía excesivo en el contexto de nuestro sistema sanitario. La información procedente de grandes hospitales de ciudades españolas con mayor impacto de la epidemia y, por tanto, con mayor dedicación asistencial a la embarazada VIH+, refleja unas tasas inferiores al 3%. Por otro lado, la información del laboratorio de referencia de retrovirus del Instituto de Salud Carlos III, producto de la agregación de muestras de un buen número de hospitales de mediano y pequeño tamaño objetiva unas tasas por encima del 5%. Existe además una elevada prevalencia de infección en mujeres que dan a luz un nacido vivo⁸¹, que oscila entre 0,5 y 3 por mil según la comunidad autónoma, y además se ha detectado una tendencia creciente. Este incremento puede estar relacionado con el aumento de incidencia de embarazos y la disminución de las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres VIH positivas al aumentar la calidad de vida con los antirretrovirales, pero también con un aumento de la incidencia de infección en mujeres en edad reproductiva o un subdiagnóstico de la infección en embarazadas.

transmisión
vertical

La prevención de la transmisión perinatal de la infección por VIH se apoya sobre los siguientes pilares:

- a) Diagnóstico precoz de conductas de riesgo y de infección por VIH en las mujeres en edad fértil.
- b) Consejo para una planificación responsable de los embarazos.
- c) Consejo sobre la continuidad o interrupción del embarazo en los casos de infección por VIH, y en las mujeres que, estando ya embarazadas, se descubre que están infectadas.
- d) Prevención de la infección en el feto y en el recién nacido de las mujeres infectadas por VIH que deseen llevar a término su embarazo.

La identificación de las mujeres con prácticas de riesgo para la infección por VIH es una pieza clave del proceso de prevención. El diagnóstico debe hacerse siempre con consentimiento informado oral, garantizando a la mujer la confidencialidad de los resultados y facilitándole *counseling* antes y después de la realización de la prueba diagnóstica.

En los casos confirmados de infección, debe garantizarse la oferta a la embarazada de las diferentes alternativas u opciones de prevención de la transmisión vertical, desde la interrupción voluntaria del embarazo, hasta la continuación del mismo y la

recomendación del tratamiento antirretroviral (previa información de todas las ventajas y limitaciones del mismo) y la lactancia artificial del recién nacido.

El apoyo psicológico y social a las embarazadas que deciden continuar con su embarazo es imprescindible para garantizar que tanto el embarazo como el posterior cuidado del recién nacido se desarrollen en las condiciones adecuadas. Asimismo hay que prestar el apoyo psicológico que precisen a las mujeres que decidan interrumpir su embarazo por este motivo.

La SPNS, ya en 1996, en colaboración con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Pediatría (AEP), recomendó que a toda embarazada se le ofrezca de forma sistemática la prueba del VIH, recomendación que ha ido actualizándose y ampliándose a la prevención y al empleo de antirretrovirales posteriormente^{82 83}.

No se dispone de información suficiente⁸⁴ sobre el grado de implantación de la oferta sistemática de la prueba del VIH y el *counseling* a las embarazadas, un pilar esencial para prevenir la transmisión perinatal.

La SPNS colabora con GESIDA, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la Asociación Española de Pediatría, para emitir y difundir recomendaciones y campañas para conseguir que el riesgo de transmisión del VIH madre-hijo en España sea mínimo. Es necesario también colaborar con otras asociaciones profesionales, como los colegios oficiales de médicos y de matronas, así como, a nivel autonómico y local, con los propios servicios hospitalarios de ginecología y obstetricia, para difundir más ampliamente el mensaje del *screening* sistemático.

Esta colaboración se extiende a la revisión conjunta de la incorporación de nuevas tecnologías preventivas, como el lavado de semen seguido de inseminación artificial. En el mundo desarrollado, la eficacia de los tratamientos antirretrovirales para disminuir la transmisión vertical ha reavivado el interés por la procreación entre parejas infectadas por el VIH o serodiscordantes. Estas técnicas combinadas están siendo evaluadas para su posible inclusión en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, por la Dirección General de Planificación Sanitaria y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del ISCIII.

transmisión vertical

OBJETIVOS

- Disminuir la incidencia de la infección por VIH en recién nacidos, aproximándola a cero.
- Generalizar la oferta sistemática de detección y *counseling* frente al VIH en embarazadas.
- Garantizar el acceso al tratamiento con antirretrovirales según las pautas más efectivas a todas las embarazadas infectadas por el VIH que deseen llevar su embarazo a término.
- Establecer programas de la educación sexual y planificación familiar para mujeres en edad fértil, propiciando la detección precoz de prácticas de riesgo.
- Evaluar la inclusión del lavado de semen en parejas serodiscordantes como prestación sanitaria.
- Disponer de información adecuada sobre el grado de implantación de la oferta sistemática del test VIH y *counseling* en embarazadas.

PREVENCIÓN EN EL MEDIO SANITARIO

Prevención del VIH desde las consultas

En el marco asistencial puede y debe existir un lugar para la prevención. Este concepto ha de aplicarse en cualquier tipo de consulta o especialidad médica o quirúrgica, lógicamente concretándose en función de sus características⁸⁵. Las intervenciones preventivas del VIH son distintas, según las ponga en práctica un ginecólogo, un internista, un médico general, un infectólogo o un pediatra, por poner unos ejemplos, pero tienen muchos aspectos comunes.

En las consultas hospitalarias en las que se atiende a los pacientes con infección por VIH, la mayor parte de la actividad se dedica a los aspectos diagnósticos y terapéuticos de la infección y de sus patologías asociadas.

Una parte significativa de las nuevas infecciones por el VIH ocurre en el entorno de las personas infectadas ya conocidas o con prácticas de riesgo, que están habitual o esporádicamente en contacto con el sistema sanitario: personas en tratamiento por drogodependencias, personas que consultan por enfermedades de transmisión sexual, parejas o contactos sexuales de cualquiera de dichas personas, etc. Además de las personas infectadas por el VIH, todas ellas deben ser objeto de intervenciones preventivas individuales.

prevención
en el medio
sanitario

En estos últimos años, uno de los mensajes esenciales de los organismos internacionales ha sido, precisamente, poner un gran énfasis en la necesidad de aproximar, mucho más de lo que hasta ahora se ha venido haciendo, las intervenciones preventivas y las asistenciales.

Existen en la población general muchas personas que tienen un riesgo aparentemente bajo de infectarse por VIH. Estas personas acuden con frecuencia al sistema sanitario por motivos de muy diversa índole que no tienen en principio relación con la infección por VIH. Así ocurre en la mayoría de los encuentros clínicos realizados en la atención primaria o en ginecología y obstetricia. La incorporación rutinaria de una historia clínica sistemática que incluya los factores de riesgo permite realizar intervenciones preventivas concretas en la actividad asistencial cotidiana y el diagnóstico precoz de personas infectadas por VIH.

El diagnóstico precoz del VIH permite que las personas infectadas por el VIH puedan beneficiarse de los tratamientos antirretrovirales y de la profilaxis de infecciones oportunistas y, mediante el consejo adecuado, reducir las conductas de riesgo. En un estudio de los casos notificados entre 1997-99 en España⁸⁶, de los 6910 casos de sida estudiados, el 35% supieron que estaban infectados por el VIH coincidiendo con el diagnóstico de sida (en el mismo mes o en el anterior). El desconocimiento de su infección por VIH hasta el diagnóstico de sida se asoció a la edad menor de 25 ó mayor de 34 años, a las categorías de transmisión homo/ bisexual (54% de los casos de esta categoría no había sido diagnosticada con anterioridad) y heterosexual (59%), en comparación con los usuarios de drogas inyectadas (18,5%), y a la procedencia de países distintos de España, tanto desarrollados como en desarrollo (60%). Esta importante proporción de las personas que se diagnosticaron de sida que desconocía su infección por

VIH, indica que se debe mejorar el diagnóstico precoz para conseguir un mayor impacto de la prevención y de los tratamientos.

La información sobre la labor de la red asistencial del SNS en la prevención del VIH es muy parcial⁸⁷, lo cual probablemente refleja que su implicación en esta actividad está poco sistematizada, sobre todo en los centros de atención primaria y hospitales. Son los servicios de atención a drogodependientes los que están interviniendo de una forma más intensa en programas de prevención de la transmisión, tanto parenteral como sexual del VIH.

Los profesionales de los distintos centros sanitarios, sobre todo hospitales, centros de salud, servicios de atención a drogodependientes y centros de ETS y planificación familiar, deben incorporar a su práctica diaria actividades de diagnóstico precoz de prácticas de riesgo y de infección por VIH y de prevención de la transmisión sexual de este virus, sin olvidar la atención a las parejas sexuales de las personas infectadas y/o con prácticas de riesgo.

Durante los próximos años se debe hacer un esfuerzo importante de amplificar estos mensajes, diversificándolos a todos los profesionales sanitarios implicados y desarrollando estrategias para su implementación cotidiana en el medio asistencial.

prevención
en el medio
sanitario

Prevención del VIH desde las consultas de VIH

De las 110-150.000 personas infectadas por el VIH que se estima que viven en España, más de una cuarta parte está aún sin diagnosticar. Aún así, son al menos 75.000 las personas infectadas que, en su mayoría, acuden regularmente a las consultas de VIH. Estas personas deben adoptar de forma duradera conductas sexuales y de inyección seguras para evitar transmitir el virus. En cada una de las consultas con un paciente infectado por VIH se debe hablar de prevención. El concepto de adherencia al tratamiento antirretroviral debe extrapolarse sistemáticamente al de adherencia a las medidas preventivas, teniendo en cuenta además que ambas comparten muchos de sus determinantes.

El número de personas infectadas por el VIH va a seguir aumentando gracias a la mayor supervivencia y calidad de vida que permiten los nuevos tratamientos. No obstante, esto significa también mayor probabilidad de transmitir el virus si no se adoptan hábitos seguros. Por ello, la importancia de la prevención en el medio sanitario es cada día mayor, y el lugar más idóneo para su captación, son las consultas en las que se ve a los pacientes con infección por VIH.

Las formas concretas de llevar la prevención a las consultas de VIH, incluyendo el estudio de contactos de las parejas u otras personas que comparten prácticas de riesgo, deben ser una prioridad de todos los profesionales con tareas asistenciales en relación con el VIH, en las cuales las consultas de enfermería tienen un importante papel, tanto en la adherencia terapéutica como preventiva. La colaboración entre instituciones sanitarias y asociaciones científicas va a facilitar el desarrollo de estas actividades.

Prevención desde los servicios de atención a drogodependientes

Los centros de atención a drogodependientes han ido asumiendo sus tareas en la prevención de la transmisión parenteral del VIH y, aunque en menor medida, de la transmisión sexual. No obstante, se ha presentado un nuevo reto de prevención desde estos servicios. Las hepatitis virales tienen una apreciable relevancia en el contexto de la epidemia de infección por VIH/sida en España, destacando especialmente entre ellas las debidas a VHC. La existencia frecuente de infecciones por VHB y VHC en los individuos a su vez infectados por VIH revelan que las medidas preventivas disponibles no se están

empleando con suficiente efectividad, en especial la vacuna de la hepatitis B, habida cuenta de su eficacia y seguridad.

Esta relevancia epidemiológica tiene cada vez mayor entidad clínica, en buena parte debido a que los actuales tratamientos antirretrovirales están teniendo un impacto muy favorable en la morbi-mortalidad causada por la infección por VIH y sus patologías asociadas. De esta manera, se están poniendo más de manifiesto las hepatopatías crónicas secundarias a las hepatitis y, paralelamente, empezándose a debatir el posible beneficio de un tratamiento antiviral frente a tales virus hepatotropos.

La SPNS ha puesto en marcha a finales de 2000 un grupo de trabajo con la colaboración del Grupo de Estudio de Sida (GESIDA-SEIMC) y de la Asociación Española de Estudio del Hígado (AEEH), junto con otros expertos en la materia. El objetivo de esta Comisión Asesora es generar una guía que establezca los principios de actuación clave de estas coinfecciones, en sus aspectos epidemiológico, diagnóstico, preventivo y terapéutico. En el aspecto preventivo, será necesario debatir con las comunidades autónomas y los sistemas gestores de salud sobre los métodos para mejorar sus programas de vacunación frente a las hepatitis B y A.

prevención
en el medio
sanitario

Prevención del VIH en las consultas de ETS

De acuerdo con los aspectos expresados anteriormente, la prevención en el marco del encuentro clínico debe llevarse a cabo en las múltiples consultas en las que se ven o se pueden identificar a personas con riesgo de adquisición de la infección por VIH. El mejor ejemplo de ello lo constituyen las consultas de ETS que tengan lugar tanto en la red asistencial del SNS como en las clínicas privadas de ETS.

El diagnóstico de una ETS en un individuo además de facilitar la adquisición del VIH es un marcador indirecto de prácticas sexuales no seguras que pueden resultar en la transmisión del VIH, por lo que además de precisar del tratamiento y estudio de contactos adecuados, requiere de una intervención dirigida a motivar un cambio de comportamiento en el individuo.

La SPNS en colaboración con los profesionales de estas consultas debe iniciar un proceso de evaluación de las intervenciones preventivas frente a la infección por VIH y a cualquier ETS que facilite la adquisición de la misma. Este proceso comprenderá desde la elaboración de un documento que evalúe críticamente la literatura publicada sobre los programas de prevención del VIH en las personas que acuden a centros de ETS, estudiando las intervenciones individuales, las duales, y las grupales, sus metodologías y su efectividad, hasta la redacción de protocolos concretos de actuación y la difusión a las propias clínicas de ETS y a las sociedades científicas relacionadas profesionalmente con tales patologías.

Prevención del VIH en las consultas de atención primaria, planificación familiar, específicas para jóvenes y de obstetricia y ginecología

Los servicios de atención primaria tienen un importante papel en la identificación de conductas de riesgo, el diagnóstico precoz y la realización de actividades preventivas, que aún no está suficientemente desarrollado. Los profesionales de atención primaria tienen contacto regular con casi todas las personas de la comunidad y, por tanto, disponen de la oportunidad de emitir mensajes preventivos y reafirmar las conductas saludables⁸⁸. Las actividades deben estructurarse principalmente en dos niveles: la promoción de conductas sexuales saludables en la población general, con especial atención a los adolescentes y a las mujeres en edad fértil, y la detección de prácticas de riesgo, seguida, en su caso, del test diagnóstico y *counseling*.

En colaboración con la SEGO (ver transmisión perinatal) debe facilitarse una mayor implicación de los profesionales de la ginecología y la obstetricia en la identificación de conductas de riesgo y en el diagnóstico precoz de la infección por VIH. Esta colaboración debe ampliarse a las sociedades profesionales de atención primaria.

Transmisión del VIH en medio sanitario

En el medio sanitario, la transmisión del VIH puede darse del personal sanitario al paciente y viceversa. La estrategia clave para la prevención de las exposiciones accidentales del personal sanitario a sangre procedente de pacientes infectados por el VIH sigue siendo la observación rigurosa de las precauciones universales con todos los pacientes. Un porcentaje importante de estos accidentes son consecuencia de la realización de prácticas incorrectas. Sobre estas últimas y sobre las medidas de prevención que deben adoptarse en su entorno de trabajo hay que informar no solo al personal sanitario sino también al personal no sanitario. Así mismo, el término medio sanitario se hace extensivo a espacios menos evidentes, como son los programas de intercambio de jeringas, en los que el personal deberá adoptar las mismas medidas de prevención.

prevención
en el medio
sanitario

El riesgo de infección tras exposición accidental a sangre infectada por el VIH es muy bajo (se estima en un 0,3%, dependiendo del tipo de exposición, profundidad del pinchazo e infecciosidad de la fuente). En el caso de que dichos accidentes se produzcan, sea la fuente conocida como infectada por el VIH o sea desconocida en este aspecto, es necesario poner a disposición de las personas que los han sufrido todas las medidas existentes para prevenir la transmisión de virus, como el virus de la hepatitis B, C o el VIH.

Periódicamente, el CAC establece recomendaciones sobre la profilaxis postexposición frente al VIH con el empleo de antirretrovirales, orientando sobre la evaluación individualizada de cada caso y el empleo o no de dichos fármacos⁸⁹. Así se debe realizar una valoración cuidadosa del riesgo real de infección y después de haber informado exhaustivamente a la persona que ha sufrido la exposición acerca de los posibles riesgos y beneficios de este tratamiento y sus limitaciones en cuanto a eficacia, decidir en cuanto a su empleo.

En España se conocen tres casos de infección por VIH adquiridos en el medio sanitario, todos ellos hace más de 8 años. La generalización del empleo de las precauciones universales y de la profilaxis post-exposición han condicionado muy probablemente la ausencia de casos de este tipo.

El riesgo de transmisión del VIH desde profesionales sanitarios a pacientes sometidos a procedimientos invasores es muy remoto. Este riesgo también se puede prevenir mediante la aplicación sistemática de los procedimientos generales de control de la infección y de las “precauciones universales”. Ya en 1996, la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida consideró que no se justificaban ni los estudios serológicos generalizados en los pacientes sometidos a exploraciones invasoras por un profesional sanitario seropositivo, ni la información generalizada a los pacientes en esta situación. Con periodicidad se han emitido recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios infectados por el VIH u otros virus de transmisión sanguínea, que detallan las conductas ante estas situaciones⁹⁰. Desde 1996, en la literatura médica no se han vuelto a publicar casos de transmisión desde los profesionales sanitarios a sus pacientes, por lo que se reafirma la idea de la excepcionalidad de esta situación. No obstante, la SPNS, su Consejo Asesor Clínico y las Subcomisiones de Asistencia y de Prevención seguirán alerta ante la posible aparición de nuevos casos.

La aplicación de las medidas de precaución universal es una medida eficaz que garantiza que las personas infectadas por el VIH puedan recibir tratamiento odontológico sin riesgo, por lo que no está justificado dificultar su acceso a este tratamiento, constituyendo el rechazo a proporcionarlo un acto de discriminación y una violación de sus derechos como ciudadanos. En colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos, se han actualizado recientemente las recomendaciones específicas para este grupo profesional⁹¹, para su difusión entre odontólogos y estudiantes de odontología.

Profilaxis post exposición no ocupacional

La exposición al VIH en situaciones fuera del ámbito sanitario está recibiendo progresivamente mayor atención. Aunque las evidencias científicas sobre la efectividad de una intervención profiláctica con antirretrovirales son escasas, se han establecido unas recomendaciones de actuación, producto de una iniciativa del CEESCAT con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo⁹².

Un concepto esencial de estas recomendaciones consiste en que siempre que una persona consulte tras una exposición de riesgo para la infección por VIH, el médico que le atiende debe concebir el encuentro clínico como una oportunidad única de llevar a cabo distintas intervenciones preventivas de educación sanitaria, y siempre desde una perspectiva global de los riesgos ligados a las prácticas sexuales y uso de drogas parenterales, tales como la prevención de las hepatitis virales y de las enfermedades de transmisión sexual.

prevención
en el medio
sanitario

OBJETIVOS

- Promocionar el concepto de que la prevención del VIH es una tarea de todos los profesionales sanitarios, especialmente en los ámbitos de las consultas médicas de servicios de atención a drogodependientes, ETS, atención primaria, obstetricia y ginecología, y medicina interna/ enfermedades infecciosas/VIH.
- Impulsar la colaboración con las sociedades científicas y asociaciones profesionales implicadas en la prevención de la transmisión del VIH.
- Sensibilizar y ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios y de servicios sociales en prevención detección precoz y *counseling* de VIH, mediante la elaboración de guías clínicas, protocolos de actuación y material educativo, así como mediante actividades de formación e intercambio de experiencias.
- Mantener las actividades de control de los accidentes biológicos en el medio sanitario.