

INFECCIÓN POR VIH Y SIDA
PLAN MULTISECTORIAL 2001-2005
España, julio 2001

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
Dirección General de Salud Pública y Consumo
Ministerio de Sanidad y Consumo

PRESENTACIÓN

Mientras no exista una vacuna eficaz contra el VIH seguirá habiendo nuevas infecciones. El curso de la epidemia en España se puede considerar favorable, pero la actual disminución y la previsible estabilización posterior de las tasas de infección sólo se mantendrá si continuamos desarrollando la prevención.

Nos hallamos al comienzo de la tercera década de la epidemia y podemos señalar algunos resultados positivos: el sistema sanitario ha respondido con un alto grado de profesionalidad y equidad en el tratamiento de los afectados, la administración sanitaria ha sabido organizarse de manera cooperativa y multidisciplinar ante un problema de complejidad sociosanitaria sin precedentes, y la participación de los ciudadanos aportó desde el primer momento el estímulo y el aliciente para adoptar medidas innovadoras y proteger los derechos de las personas afectadas. Afortunadamente muchos de estos logros están ya asentados en nuestra sociedad. Podemos empezar a hablar de normalización, pero sin que esto signifique reducir la prioridad que se le ha dado hasta ahora.

Con más de 120.000 personas infectadas, el VIH sigue constituyendo uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país. Los cambios producidos por la disminución en el número de nuevas infecciones y la eficacia de los nuevos tratamientos antirretrovirales plantean nuevos desafíos y exigen nuevos esfuerzos. Las prácticas preventivas ya no estarán positivamente influidas por el impacto de lo nuevo, sino que deben convertirse en hábitos saludables duraderos, tarea no menos difícil. La disponibilidad de tratamientos eficaces hace aún más necesaria la promoción de la prueba de detección del VIH y el *counseling* en las personas expuestas. Habrá que encontrar nuevas fórmulas para responder a los efectos secundarios y a las resistencias de los fármacos. La disminución de la morbimortalidad significa un mayor número de personas infectadas, y por tanto un mayor riesgo de transmisión, y significa también medidas de reinserción sociolaboral que garanticen la igualdad de derechos de los afectados. La vigilancia epidemiológica debe ampliarse a los casos de infección, —más compleja que la del sida—, y analizar también las conductas de riesgo para orientar la planificación y diseñar las estrategias de prevención adecuadas. Las personas en situaciones difíciles y marginales son más vulnerables al VIH y a otros riesgos sanitarios, y se requieren medidas innovadoras y específicas para acceder a ellas y que a su vez accedan a los servicios sociosanitarios preventivos y asistenciales. Éstas son algunas de las cuestiones que plantea ahora la epidemia de sida, y se plantean con la particular magnitud que tiene ésta en España.

En suma, hay que continuar construyendo sobre lo que hemos conseguido y responder a los nuevos retos. El primer Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/sida 1997-2000 sin duda contribuyó a proporcionar un marco coherente y coordinado a nivel nacional. En el transcurso de esos años ha habido cambios importantes en la epidemia, y confiamos en que las líneas estratégicas establecidas en el presente documento constituyan una herramienta útil para responder entre todos con eficacia a la situación actual y a los cambios que se produzcan en el quinquenio 2001-2005.

LA MINISTRA DE SANIDAD Y CONSUMO

presentación

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS GLOBALES Y PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN	6
Nuevas necesidades	7
Principios rectores	8
Estructura del documento	10
Evaluación	11
LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA EN ESPAÑA	12
La configuración de la epidemia	13
Situación actual	14
Elementos clave para el futuro	15
OBJETIVO 1. PREVENIR NUEVAS INFECCIONES	19
Prevención en población general	20
Prevención en jóvenes y adolescentes	22
Prevención en usuarios de drogas por vía parenteral	25
Prevención en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales	28
Prevención en personas que trabajan en la prostitución	30
Prevención en prisiones	32
Prevención en mujeres	34
Prevención en inmigrantes y minorías étnicas	36
Prevención de la transmisión vertical	38
Prevención en el medio sanitario	40
Prevención del VIH desde las consultas	40
Transmisión del VIH en medio sanitario	43
Profilaxis postexposición no ocupacional	44
OBJETIVO 2. REDUCIR EL IMPACTO NEGATIVO PERSONAL Y SOCIAL DE LA EPIDEMIA	45
Asistencia sanitaria	46
Papel de la atención especializada	46
Papel de la atención primaria	47
Calidad asistencial	47
Guías de práctica clínica y protocolos asistenciales	47
- Coinfección sida-tuberculosis	47
- Coinfección VIH-hepatitis virales	48
Programa de control de calidad de la carga viral	48
Implantación de los tests de resistencias a los ARV	48
Programa de control de calidad de resistencias a los ARV	49
Servicios sociales	50
Reincorporación laboral	52

índice

OBJETIVO 3. MOVILIZAR Y COORDINAR LOS ESFUERZOS CONTRA EL VIH	54
Vigilancia epidemiológica	55
Casos de sida	56
Infección por el VIH	56
Conductas de riesgo	57
Otras fuentes de información complementarias	57
Investigación	58
Participación ciudadana	60
Coordinación institucional	62
Cooperación internacional	64
ANEXOS	66
1. Grupos colaboradores	67
2. Abreviaturas	71
3. Referencias	73
SUELTO – INDICADORES	

índice

INTRODUCCIÓN

En 1997 se aprobó el primer plan estratégico frente al VIH/sida en España¹. Su evaluación ha sido favorable², y este nuevo Plan Multisectorial para el periodo 2001-2005 reconoce los mismos objetivos y los mismos principios rectores que se establecieron en el primero, y construye sobre lo que se ha logrado hasta ahora. Tiene por objeto fundamental asegurar la sostenibilidad de las acciones emprendidas y dar respuesta a las nuevas necesidades derivadas de la evolución de la epidemia. No hay por tanto un cambio de rumbo: la prioridad asignada entonces a la prevención se renueva y la estrategia multisectorial se refuerza.

En la última década hemos visto algunos éxitos en la evolución de las prácticas de riesgo de las personas que se inyectan drogas. No obstante, en España los UDVP como grupo siguen estando expuestos a un elevado riesgo de infección por VIH y hepatitis, y debemos continuar respondiendo a esta circunstancia específicamente nuestra con todas las medidas que demuestren su efectividad. Pero es importante recordar que son las prácticas sexuales de los usuarios de drogas, de sus parejas, y de la población en general las que parece que determinarán el futuro de la epidemia. La sexualidad es sin duda una de las fuerzas más positivas de la vida. Desde la salud pública, nuestra tarea es asegurarnos de reducir al mínimo los riesgos que ponen en peligro el disfrute de la sexualidad como forma fundamental de expresión humana.

introducción

La ejecución de las actividades contenidas en este Plan seguirá sustentándose en la multisectorialidad y en la transversalidad, esto es, en una activa colaboración con las distintas administraciones sanitarias, —general, autonómica y local—, y de éstas con el resto de las administraciones implicadas, educativas, de bienestar social, penitenciarias y de drogodependencias. Fuera de la administración, la lucha contra el VIH/sida se apoya en gran medida en el trabajo de las ONG y asociaciones ciudadanas, con la participación activa de las personas con infección por VIH. La coordinación con ellas es esencial para cubrir las necesidades en los distintos campos de actuación. Es necesario beneficiarse también de la colaboración con las distintas asociaciones, sociedades científicas y colegios profesionales, cuya aportación es garantía de calidad y consenso.

Es probable que en el período de vigencia de este Plan se produzcan nuevos cambios en la epidemia. La intención de este documento es proporcionar un instrumento flexible que permita adaptar la respuesta a las nuevas situaciones, y aprovechar la experiencia adquirida con el sida a la hora de responder a otras enfermedades transmitidas por prácticas de riesgo similares o que afectan a poblaciones similares.

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD
PÚBLICA Y CONSUMO

EL SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL
SOBRE EL SIDA

OBJETIVOS GLOBALES Y PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN

Nuevas necesidades
Principios rectores
Estructura del documento
Evaluación

OBJETIVOS GLOBALES Y PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN

Los grandes objetivos siguen siendo los que ya en 1987 aprobó la Asamblea Mundial de la Salud: prevenir nuevas infecciones, reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia y movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección por el VIH/sida (cuadro 1). Para alcanzar estos objetivos, los distintos apartados de este Plan reflejan la necesidad de aplicar aquellas intervenciones que han demostrado su efectividad, dirigidas a la población general, a los grupos más vulnerables y a los individuos.

Cuadro 1-OBJETIVOS (Asamblea Mundial de la Salud, 1987)

- ▶ prevenir nuevas infecciones
- ▶ reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia
- ▶ movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección por el VIH/sida

Nuevas necesidades

Así como no hay cambios en los grandes objetivos del Plan, en la propia epidemia sí que ha habido grandes cambios en estos últimos años, que han generado nuevas necesidades (cuadro 2). Gran parte de los cambios se deben a la disponibilidad gratuita y generalizada en nuestro país de tratamientos antirretrovirales eficaces, que han supuesto un enorme beneficio para los enfermos. La respuesta del sistema sanitario seguirá siendo la misma: incorporar al ritmo que marque la ciencia los avances tecnológicos y terapéuticos que evidencien su utilidad. No obstante, el optimismo inicial que se produjo con los nuevos tratamientos ha ido atemperándose. La falta de curación definitiva, la aparición de resistencias, los efectos secundarios de los fármacos actualmente disponibles y los consiguientes problemas de adherencia terapéutica han ido perfilando un cuadro más realista de la situación³. Hay que planificar la respuesta a estos problemas del tratamiento, pero no son éstas las únicas novedades. El aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de los pacientes significa que, con el debido apoyo social, podrán incorporarse a la vida laboral, lo que requerirá una atenta vigilancia para proteger los derechos laborales de los afectados.

objetivos
globales y
principios
rectores

Cuadro 2 - NUEVAS NECESIDADES

- ▶ Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH
- ▶ Promoción de la detección precoz
- ▶ Prevención desde el medio sanitario
- ▶ Medidas para mejorar la adherencia terapéutica
- ▶ Adherencia a las medidas de prevención entre personas infectadas
- ▶ Reintegración social y laboral de las personas infectadas
- ▶ Normalización de la provisión de material de inyección estéril entre UDVP
- ▶ Participación de los mediadores sociales en la prevención
- ▶ Estrategias para mejorar la prevención de la transmisión en parejas serodiscordantes

Desde el punto de vista de las nuevas actividades de prevención que es necesario desarrollar, la consecuencia más notable de los cambios en la epidemia es el aumento en

la prevalencia de infección por VIH y, por tanto, la necesidad de intensificar el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y las intervenciones dirigidas a conseguir la adherencia a las medidas de prevención entre las personas infectadas. Se estima que entre 110 y 150.000 personas están infectadas por el VIH en España y, a pesar de la disminución en la incidencia de infecciones, los nuevos casos que se siguen produciendo y la reducción en la morbimortalidad asociada a los nuevos tratamientos generarán, en ausencia de una vacuna o de un tratamiento curativo, un número cada día mayor de personas infectadas que pueden transmitir el virus y que tienen mayores necesidades de prevención⁴. Como es obvio, este mayor número significa a su vez una mayor probabilidad de infectarse, y las intervenciones preventivas han de dirigirse no sólo a las personas que padecen la infección sino a la población general con prácticas de riesgo y, como siempre, con especial intensidad a los grupos de población más vulnerables.

Al menos una cuarta parte de las personas infectadas ignora que lo está. El beneficio terapéutico y preventivo del diagnóstico precoz está sobradamente demostrado. Los pacientes no solamente tienen una mayor supervivencia y calidad de vida, sino que mantienen conductas sexuales más seguras. Por tanto, la promoción de la prueba de detección del VIH, voluntaria, confidencial y acompañada de *counseling*, será uno de los elementos clave del nuevo plan. Las actividades de promoción estarán dirigidas a la población heterosexual de riesgo, a los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, a los usuarios de drogas y sus parejas y a las mujeres embarazadas o que piensen tener un hijo. En todas estas tareas tienen un papel primordial los profesionales sanitarios, ya que 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 en contacto con el sistema sanitario, que consultan por infecciones de transmisión sexual, que están en tratamiento por drogodependencias o son parejas de estas personas. Esto exige la adopción de medidas para extender la prevención como actividad integrada en el quehacer diario desde el medio sanitario, reforzando el papel desempeñado por los profesionales como multiplicadores de los mensajes preventivos desde su relación privilegiada con el paciente.

Caso diferente son las poblaciones ocultas en situación de riesgo. Existen grupos de usuarios de drogas excluidos socialmente, de hombres que tienen relaciones homosexuales o bisexuales, especialmente jóvenes, y de inmigrantes, que no entran fácilmente en contacto con el sistema sociosanitario, y que a menudo no acceden siquiera a las intervenciones diseñadas específicamente para estos grupos de población. Deben, por tanto, reforzarse los programas de acercamiento con participación de mediadores y promocionar iniciativas innovadoras. La participación de asociaciones en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones dirigidas a estos colectivos garantiza el apoyo entre iguales y facilita el acceso a poblaciones ocultas, y además permite mejorar el conocimiento del significado social de las relaciones en su medio, imprescindible para diseñar intervenciones preventivas más eficaces.

objetivos
globales y
principios
rectores

Principios rectores

Los principios rectores de este Plan Multisectorial se fundamentan en la Constitución Española⁵, en la Convención Europea de Derechos Humanos⁶, en la Ley General de Sanidad⁷ y en la Carta de Ottawa⁸ para la promoción de la salud.

La respuesta a la epidemia de sida en España ha tenido algunos rasgos distintivos, entre los que destacan a) su carácter compartido y coordinado —de las administraciones general y autonómica, de las asociaciones, de los afectados y de los profesionales—, b) el cambio radical, aunque tardío, que generó el sida en el tratamiento de las toxicomanías ante el rigor con el que afectaba a las personas que se inyectan drogas, y c) la disponibilidad de tratamiento gratuito y accesible para todos. Multisectorialidad,

estrategias de eficacia demostrada y equidad son algunos de los principios que rigen este nuevo Plan (cuadro 3).

Cuadro 3 - PRINCIPIOS RECTORES

- | | |
|----------------------|---|
| ▶ Multisectorialidad | ▶ Participación ciudadana
▶ Coordinación institucional/autonómica/ local
▶ Interdisciplinariedad |
| ▶ Evaluación | ▶ Principio reducción de daños
▶ Vinculación con estrategias afines |
| ▶ Equidad | ▶ Derechos humanos, tolerancia y solidaridad
▶ Igualdad de oportunidades y no discriminación
▶ Reducción de la vulnerabilidad |

La principal responsabilidad en el impulso y desarrollo de este Plan es de la administración sanitaria, pero la multisectorialidad de las consecuencias de la epidemia y de las áreas de intervención preventiva y asistencial determinan la necesidad de alianzas estratégicas con el sistema educativo, los servicios sociales, las instituciones penitenciarias y el sistema de atención a los drogodependientes⁹. El Plan pretende renovar el compromiso de las distintas administraciones del estado representadas en la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida.

Por otra parte, en el estado español son las comunidades autónomas las principales responsables en materia preventiva, educativa y social. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Plan Nacional sobre el Sida, impulsar estas actividades e integrarlas junto con las propias de la administración general y las demás organizaciones, públicas o privadas, involucradas¹⁰. La Secretaría del Plan Nacional colabora de forma activa con todas ellas, proponiendo y consensuando actividades, facilitando el intercambio de información y ofreciendo el conocimiento científico y técnico necesario para asesorar a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales colaboradoras.

Sólo una acción sinérgica entre todas las instituciones y ONG asegurará la eficiencia en la prevención y la calidad en la asistencia sociosanitaria. Este Plan renueva su voluntad de contar con las asociaciones ciudadanas y de afectados para la planificación, implementación y evaluación de estrategias y programas. Las intervenciones han de tener destinatarios muy claros, y estos tienen que participar activamente en el diseño, la ejecución y la valoración.

Multisectorialidad significa asimismo interdisciplinariedad. El impacto del sida va más allá de lo sanitario y las intervenciones deben responder igualmente con esta interacción especializada.

Aunque en evaluación de intervenciones preventivas queda mucho por hacer, y la investigación en prevención es aún insuficiente, hay algunas estrategias que han demostrado su efectividad. La reducción de los daños asociados al consumo de drogas es la principal de ellas. Su resultado positivo ha sido evidenciado científicamente y las lecciones aprendidas con el sida en España deben orientar también la acción en la prevención de otras enfermedades relacionadas con prácticas nocivas para la salud, como la hepatitis C. En esta misma línea de seleccionar las estrategias con criterios de efectividad destacan también la educación entre iguales, la participación de mediadores en los programas, el trabajo de acercamiento, el enfoque específico de género y el uso de los medios de comunicación.

objetivos
globales y
principios
rectores

Las estrategias en materia de infección por VIH deben estar estrechamente vinculadas con las estrategias nacionales que traten patologías afines, ya sea porque compartan las prácticas de riesgo, como las hepatitis o las enfermedades de transmisión sexual, o la población destinataria de las intervenciones, como son los drogodependientes y la tuberculosis.

La defensa de los derechos y la dignidad de las personas afectadas o con prácticas de riesgo no puede consistir solamente en algunas acciones específicas, sino que debe impregnar desde la etapa de planificación todas y cada una de las actividades preventivas, asistenciales, de investigación y de vigilancia epidemiológica que se realicen. Los estilos de vida diferentes son parte esencial de una sociedad pluralista y abierta, y el respeto y la solidaridad, elementos básicos para que cada persona y la comunidad a la que pertenecen se sientan plenamente responsables y participativos¹¹.

Este Plan Multisectorial pretende asegurar el acceso igualitario a las medidas de prevención, al tratamiento, al apoyo social que requieran y al trabajo, diseñando programas específicos para aquellas personas o grupos que por su situación de exclusión social o diferencias culturales se encuentran en situación de vulnerabilidad, y fomentando las medidas necesarias para reducir la discriminación.

La reducción de la vulnerabilidad pasa por la mejora de las condiciones estructurales. Este Plan reconoce los determinantes políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos de la salud a la hora de diseñar las intervenciones.

Estructura del documento

El Plan 2001-2005 ha sido elaborado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida con la contribución de los planes de sida de las comunidades autónomas, los departamentos ministeriales representados en la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida y las ONG que trabajan en VIH/sida a través del Consejo Asesor.

Consta de cinco capítulos y tres anexos. Aparte del presente capítulo introductorio y de la descripción de las características y la evolución de la epidemia en España, los demás capítulos corresponden a los tres objetivos globales en los que se estructura el Plan. En ellos se enmarcan las distintas responsabilidades y áreas de trabajo de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida: prevención, —que se aborda por población diana y por entorno específico de acción—, asistencia, vigilancia epidemiológica, investigación, participación ciudadana, coordinación institucional y cooperación internacional. En cada apartado se ha tratado de reflejar la situación actual, hacer una breve reflexión sobre las estrategias que debemos desarrollar y establecer los objetivos para los próximos cinco años. El capítulo de prevención, de acuerdo con las funciones de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida, es el más amplio. Se han suprimido los apartados de formación y de evaluación que figuraban en el Plan 1997-2000. Los objetivos y estrategias de formación se han integrado en los capítulos correspondientes de sus poblaciones destinatarias. Se ha incluido en cambio un apartado nuevo sobre cooperación internacional. Las diferencias entre los países occidentales industrializados y los países en vías de desarrollo o los pertenecientes al antiguo bloque de países del este, en lo referente a la situación de la epidemia de VIH/sida, son cada día mayores¹², lo que hace la cooperación más necesaria. Consciente de ello, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida está desarrollando un número importante de actividades, principalmente a través de los organismos internacionales de Naciones Unidas, de cuyo interés se da cuenta en el nuevo apartado. Finalmente, los anexos recogen los distintos grupos o personas que han colaborado en este documento de consenso, la bibliografía

objetivos
globales y
principios
rectores

utilizada y las abreviaturas. En *separata*, se editarán los indicadores que servirán para la evaluación del Plan.

Evaluación

En cuanto a la evaluación, se mantiene, —revisándolo—, el sistema de indicadores. Al término del Plan se presentará el balance definitivo y, durante los años de vigencia del mismo se publicarán anualmente los indicadores actualizados. A la hora de determinar que indicadores se mantenían y cuáles se eliminaban, se ha optado por un criterio de exhaustividad. Esta publicación anual tiene por objetivo la evaluación del Plan pero, sobre todo, ofrecer a los políticos, administradores, investigadores, ONG y a la ciudadanía un documento de referencia, actualizado, accesible en la red, que contenga la principal información disponible y las referencias necesarias para completarla.

**objetivos
globales y
principios
rectores**

LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA EN ESPAÑA

La configuración de la epidemia

Situación actual

Elementos clave para el futuro

LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA EN ESPAÑA

La epidemia de VIH y sida constituye un problema de salud pública de primera magnitud en el mundo, con grandes repercusiones demográficas, sociales y económicas en muchos países. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) estimaba que a finales de 2000 se habían superado los 36 millones de personas vivas infectadas por el VIH o con sida en todo el mundo, y que más de dos tercios de ellas vivían en África subsahariana¹³. El VIH continúa propagándose a gran velocidad, y se estima que durante 2000 se produjeron 5,3 millones de nuevas infecciones¹³. En el mundo coexisten situaciones muy diversas. En África subsahariana y en otros países como Rusia y Ucrania la epidemia está en expansión; por el contrario, en muchos países de Europa Occidental la transmisión del VIH ha descendido marcadamente en los últimos años. En grandes zonas de Asia y Latinoamérica la propagación de la epidemia está parcialmente contenida, pero son frecuentes las situaciones de riesgo que pueden acelerar su difusión en cualquier momento¹⁴.

La configuración de la epidemia

El curso de la epidemia de VIH y sida en España ha venido marcado por tres hechos fundamentales:

- La rápida propagación del VIH durante la década de los ochenta. Durante esa década se produjo en España una gran extensión del VIH entre un colectivo numeroso de personas usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP)¹⁵, convirtiendo a este mecanismo de transmisión en el responsable de más de dos tercios de los casos. El VIH también se extendió entre los hombres homosexuales, aunque con una propagación menos abrupta¹⁶,¹⁷. El retraso en la puesta en marcha de programas de reducción de los daños asociados al consumo de drogas inyectadas situó a España a la cabeza de Europa en tasas de sida. El elevado número de UDVP infectados por el VIH, la mayoría adultos jóvenes y sexualmente activos, dio lugar a la transmisión secundaria del VIH por vía heterosexual y perinatal. Al comienzo de los noventa ya se habían producido más de 100.000 infecciones por el VIH, y la mortalidad llegó a ocupar el primer lugar entre las principales causas de años potenciales de vida perdidos en España.
- El progresivo descenso de la transmisión del VIH desde comienzos de los noventa. La gravedad de la situación descrita puso en alerta a la sociedad y se intensificaron los programas de prevención, hasta entonces claramente insuficientes, con la consiguiente reducción de las prácticas de riesgo. La ocurrencia de nuevas infecciones por el VIH en los grupos más susceptibles comenzó a disminuir, como han demostrado los estudios seriados de seroprevalencia de VIH en UDVP,¹⁸,¹⁹ en hombres homosexuales^{16,17} y en mujeres que ejercen la prostitución.²⁰,²¹ El número de jóvenes de las siguientes generaciones que se inició en el consumo de drogas inyectadas fue menor, lo que se manifestó en un envejecimiento gradual del colectivo de UDVP, y a ello se sumó la progresiva sustitución de la vía de consumo inyectada por la fumada.²²,²³
- La extensión de las terapias antirretrovirales de alta eficacia desde 1997. A mitad de los noventa se alcanzó el punto álgido en la epidemia de sida en términos de morbilidad y mortalidad, con más de 7.000 nuevos diagnósticos de sida y más de 5.000 fallecimientos anuales²⁴. En 1996 y principalmente en 1997, se fueron introduciendo las terapias antirretrovirales combinadas que incorporaban fármacos inhibidores de la

infección
por VIH
y sida
en España

proteasa, lo que produjo una mejora considerable en la situación inmunológica y en el pronóstico y la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH. Esto se tradujo en una rápida reducción de la incidencia de sida superior al 60% en los cuatro años siguientes, y una caída en la mortalidad de un 67% en tan sólo dos años (figura 1)²⁴.

Situación actual

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

En España se estima que hay entre 110.000 y 150.000 personas vivas que padecen la infección por el VIH (tabla 1), aunque probablemente más de la cuarta parte de ellas todavía no han sido diagnosticadas. La seroprevalencia de VIH en la población española está entre 5 y 6 infecciones por mil habitantes de 18 a 39 años, con tasas tres veces mayores en hombres que en mujeres, y 7 veces mayores en los residentes en el medio urbano.²⁵

En los últimos años dichas estimaciones probablemente han variado poco, ya que tanto las nuevas infecciones por el VIH como la mortalidad entre las personas infectadas han descendido hasta valores muy bajos (figura 2)²⁶.

La mejor aproximación a las características epidemiológicas de estas personas la podemos obtener del estudio de los casos de sida diagnosticados en los últimos años²⁴. A partir de esta fuente podemos aproximar, que algo más de la mitad (50-60%) de las personas vivas infectadas habrían contraído el VIH por haber compartido material de inyección para el consumo de drogas, el 20-30% por prácticas heterosexuales no protegidas y el 15-25% serían hombres que se habrían infectado por prácticas homosexuales de riesgo. La proporción entre hombres y mujeres está en torno a 4:1, y la edad media de estas personas se sitúa entre 35 y 40 años.

- *Progresos en el control de la transmisión del VIH*

La práctica totalidad de fuentes de información disponibles coinciden en señalar que la transmisión del VIH en España experimenta un progresivo retroceso, aunque todavía se sigue produciendo un número no desdeñable de nuevas infecciones. En las comunidades autónomas que cuentan con sistemas de notificación de VIH desde el comienzo de la epidemia, se ha constatado un descenso del 60% en el número de nuevos diagnósticos de VIH desde principios de los noventa (figura 3).²⁷ A pesar de este importante descenso, en el conjunto de estas comunidades se diagnosticaron 103 nuevas infecciones por VIH por millón de habitantes en 2000, cifra todavía muy elevada en comparación con otros países Europa.²⁸

Estudios en consumidores de heroína han mostrado un progresivo descenso en la seroprevalencia de VIH entre aquellos que utilizan la vía inyectada, pero lo más destacable es el espectacular descenso en el número de nuevos diagnósticos de VIH debidos a esta vía de transmisión^{18,19}, lo que se explica no sólo por el descenso en la seroprevalencia, sino también por la menor incorporación de jóvenes al consumo de drogas inyectadas (figura 5).

Este descenso de nuevas infecciones entre los UDVP ha llevado a que la transmisión sexual gane importancia en términos relativos. En los hombres homosexuales también ha disminuido la seroprevalencia de VIH, pero de forma menos pronunciada que en otras categorías de exposición^{16,17}. En Barcelona y Madrid la seroprevalencia en hombres homosexuales todavía supera el 10%^{16,17}, y en un estudio se han descrito repuntes en la transmisión del VIH y de determinadas enfermedades de transmisión sexual, cuya asociación con una relajación en las medidas de prevención²⁹ habrá que seguir observando.

infección
por VIH
y sida
en España

Dentro de la población heterosexual los niveles de infección son muy variables. Entre las mujeres que dan a luz un nacido vivo se han encontrado prevalencias que oscilan entre 0,5 y 3 por 1000, según comunidades autónomas³⁰⁻³¹. Son las parejas sexuales de personas infectadas por el VIH, principalmente parejas de UDVP, el grupo que presenta mayores tasas de infección, entre el 5 y 10%, y una peor evolución³². Entre las mujeres que ejercen la prostitución, la seroprevalencia de VIH se mantiene por debajo del 2%, y entre ellas, el consumo de drogas inyectadas se ha convertido en una práctica infrecuente³². En este colectivo se ha producido en los últimos años una entrada masiva de mujeres inmigrantes de procedencia latinoamericana, subsahariana y del este de Europa; sin embargo, hasta el momento no se ha observado un aumento en los niveles de infección³².

La recomendación de la prueba del VIH y del tratamiento antirretroviral a las mujeres embarazadas infectadas por el VIH ha reducido marcadamente la transmisión madre-hijo, pero todavía siguen produciéndose algunas infecciones y casos de sida por esta vía (figura 4)²⁴.

- *Reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH y sida.*

Los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia han disminuido espectacularmente la morbimortalidad de las personas infectadas³³. Tras su introducción en 1996-1997, se observaron descensos muy pronunciados en la incidencia de sida y en la mortalidad, que han continuado en 1999 y 2000, aunque se han ido suavizando²⁴. Esto ha permitido registrar las tasas de incidencia de sida más bajas de los últimos diez años en España (6,4 casos nuevos de sida por cada 100.000 habitantes en 2000). A pesar de este importante avance, estas tasas son todavía altas en comparación con las de otros países desarrollados. En 1999 España fue el segundo país de Europa en tasa de incidencia de sida, superado únicamente por Portugal²⁸.

En este momento los tratamientos antirretrovirales cumplen una función fundamental, para continuar reduciendo la morbilidad y mortalidad por VIH/sida, pero existen distintos factores que están frenando su impacto: el diagnóstico tardío de la infección por el VIH que origina retrasos en el inicio del tratamiento³⁴, la falta de adherencia de los pacientes al tratamiento, la aparición de resistencias a antirretrovirales y las reacciones adversas que obligan a retirar o cambiar las prescripciones.

<p>infección por VIH y sida en España</p>

Elementos clave para el futuro

La epidemia de VIH y sida en España presenta una evolución favorable, encaminada hacia un progresivo control. No obstante, existen varios puntos de incertidumbre que pueden modificar el curso de la epidemia en un futuro próximo.

- Persisten algunas categorías de exposición, como los hombres homosexuales y las parejas de personas infectadas por el VIH, que tienen un curso menos favorable.
- La existencia de una proporción considerable de personas infectadas por el VIH que no han sido diagnosticadas tiene varias implicaciones sobre la evolución de la epidemia. En primer lugar, pueden tener un papel relevante en la transmisión del VIH; además estas personas no pueden beneficiarse de los tratamientos antirretrovirales, lo que tiene implicaciones en la incidencia y mortalidad por sida; y por último, añaden una dificultad adicional en la valoración de la evolución y la dimensión real de la epidemia.
- El tratamiento de la infección por el VIH está en continua evolución, y pueden producirse cambios en ambos sentidos, como la aparición de resistencias, por un lado, o la introducción de nuevos fármacos que mejoren y complementen a los anteriores, por otro.
- El principal elemento de incertidumbre sobre esta epidemia proviene del entorno mundial, donde el VIH está muy extendido y continúa en progresión. Las barreras

geográficas no afectan a la extensión del VIH, por lo que mientras persista la pandemia y no se disponga de una vacuna eficaz, ningún país estará a salvo de verse afectado.

Tabla 1. Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España a finales de 2000.

Personas que viven con infección por el VIH	110.000 - 150.000
Características de las personas que viven con VIH	
Usuarios de drogas por vía parenteral	50% - 60%
Hombres con prácticas homosexuales	15% - 25%
Riesgo heterosexual	20% - 30%
Mujeres	20% - 24%
Niños (menores de 13 años)	< 1%
Personas que se han infectado por el VIH desde el comienzo de la epidemia	160.000 - 200.000
Personas que han desarrollado sida desde el comienzo de la epidemia	65.000 - 75.000
Personas vivas con diagnóstico de sida	18.000 - 22.000
Nuevos diagnósticos de sida en 2000	2.500 - 3.000
Muertes por VIH/sida desde el principio de la epidemia	40.000 - 50.000

Figura 1. Evolución de la incidencia de sida en España.

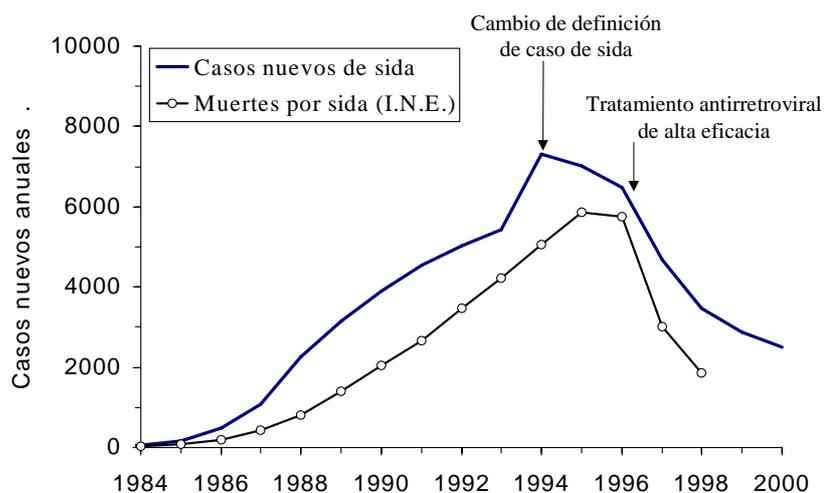
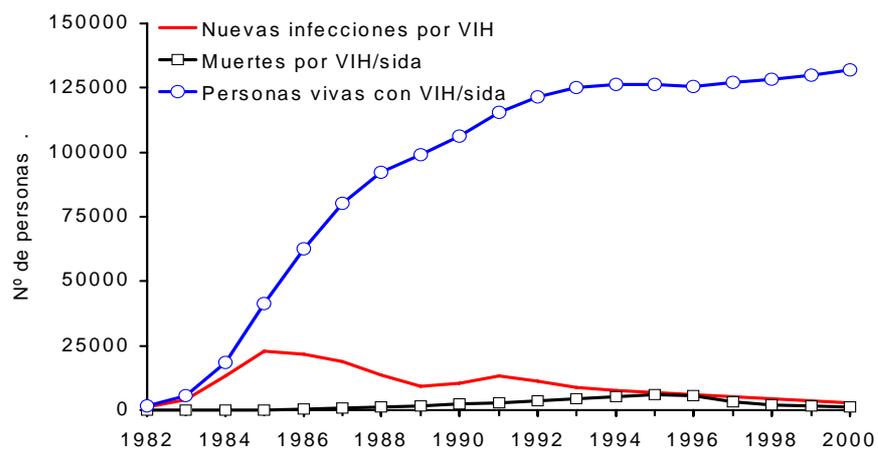
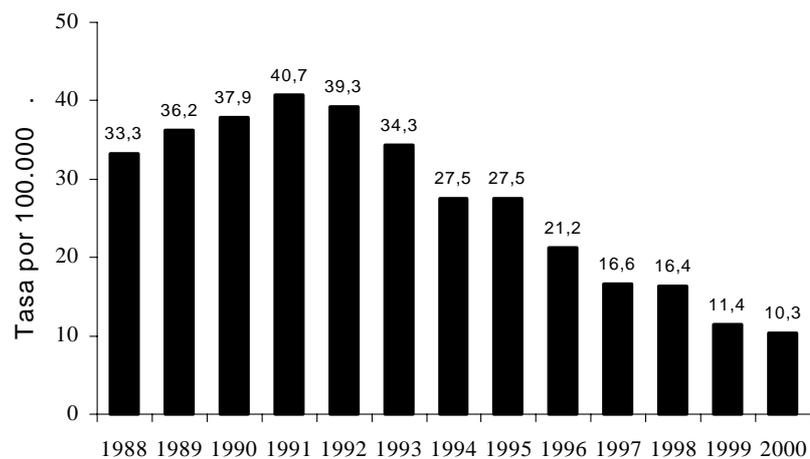


Figura 2. Evolución de la epidemia de VIH en España.



Modificado de Castilla J, de la Fuente L. Med Clin (Barc) 2000.

Figura 3. Nuevos diagnósticos de VIH (Asturias, Navarra y La Rioja).



*En 1999 y 2000 sólo hay datos de Navarra y La Rioja.

Modificado de Moreno C et al. Med Clin (Barc) 2000.

Figura 4. Casos de sida de transmisión madre-hijo en España.

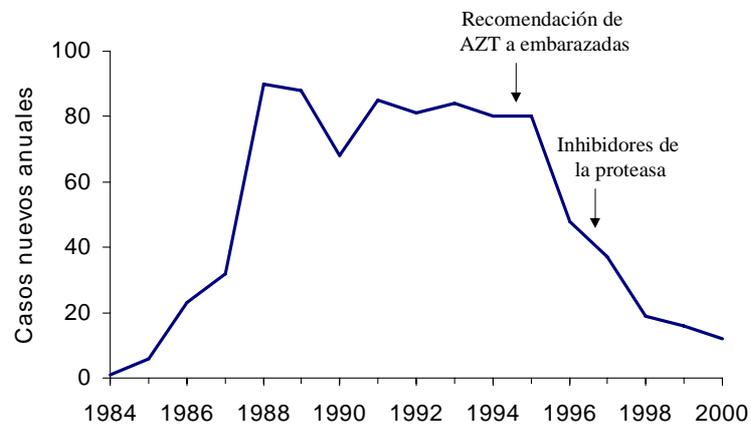
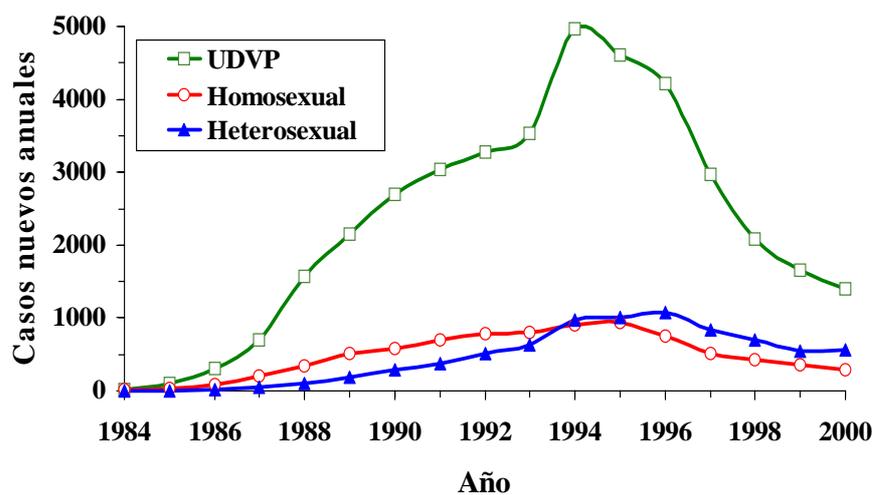


Figura 5. Casos nuevos de sida anuales por categoría de transmisión.



OBJETIVO 1

PREVENIR NUEVAS INFECCIONES

- Prevencción en población general
- Prevencción en jóvenes
- Prevencción en usuarios de drogas por vía parenteral
- Prevencción en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales
- Prevencción en personas que trabajan en la prostitución
- Prevencción en prisiones
- Prevencción en mujeres
- Prevencción en inmigrantes y minorías étnicas
- Prevencción de la transmisión vertical
- Prevencción en el medio sanitario
 - Prevencción del VIH desde las consultas
 - Transmisión del VIH en medio sanitario
 - Profilaxis postexposición no ocupacional

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 travestis 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.

OBJETIVO 2

REDUCIR EL IMPACTO NEGATIVO PERSONAL Y SOCIAL DE LA EPIDEMIA

Asistencia Sanitaria

Papel de la atención especializada

Papel de la atención primaria

Calidad asistencial

Guías de práctica clínica y protocolos asistenciales

- Coinfección sida-tuberculosis

- Coinfección VIH-hepatitis virales

Programa de control de calidad de la carga viral

Implantación de los tests de resistencias a los antirretrovirales

Programa de control de calidad de resistencias a los antirretrovirales

Servicios sociales

Reincorporación laboral

ASISTENCIA SANITARIA

Papel de la atención especializada

Desde el comienzo de la epidemia, el SNS ha desarrollado una intensa y eficaz labor asistencial, afrontando el reto de la atención de los pacientes con VIH/sida con plena aplicación de los principios de universalidad, equidad y calidad, y con el esfuerzo y la dedicación de sus profesionales. Entre 1997 y 1999, el coste de los antirretrovirales en España ha pasado de 23.000 a 47.000 millones de pesetas anuales. Entre 1995 y 1998, la proporción de pacientes tratados con antirretrovirales se duplica⁹³. Por otra parte, según un estudio realizado por el INSALUD en 57 hospitales, la estancia media se ha reducido de 17,28 a 14,04 entre 1995 y 1998 y el número de ingresos se ha reducido de forma radical.

Dado que afortunadamente el pronóstico de la infección ha mejorado de forma notable y que sigue habiendo nuevas infecciones, el número de enfermos que requieren asistencia continuada aumenta. El carácter dinámico de la epidemia ha requerido un esfuerzo de adaptación del sistema a las necesidades asistenciales cambiantes. La incorporación de nuevos antirretrovirales y de los tests de carga viral y de resistencias son un buen ejemplo de ello.

Uno de los recursos asistenciales que a lo largo de esta década se han desarrollado más para la atención de pacientes con infección de VIH/sida ha sido el hospital de día⁹⁴, que debe adaptarse a las necesidades cambiantes de estos pacientes, como es el caso de las consultas de toxicidad, las urgencias diurnas, los ensayos clínicos etc.

asistencia
sanitaria

La provisión de la atención médica de los pacientes con infección por VIH/sida ha recaído en gran medida en la atención especializada. Para conocer las características de los pacientes atendidos y la intensidad con la que se utilizan los recursos de atención especializada, la SPNS realiza anualmente una encuesta hospitalaria⁹⁵ con la participación del INSALUD y de algunas comunidades autónomas. Los resultados de la última encuesta reflejan importantes cambios en la situación clínica y en las consecuencias discapacitantes de la enfermedad. La frecuentación de pacientes ha experimentado cambios importantes. Mientras en 1995 uno de cada dos enfermos estaba hospitalizado el día de la encuesta, en 1998 lo estaba casi uno de cada cuatro. También desciende la frecuentación de las unidades de hospitalización de día, atendiendo a una proporción de pacientes tres veces más baja en 1998 (3,1% de los atendidos en un día). En este mismo periodo, la proporción de pacientes en estadios A sube a 86,3%, y casi se triplica la de aquellos con más de 500 CD4. En los últimos años la enfermedad se asocia a una importante reducción en sus consecuencias discapacitantes. Entre 1995 y 1998 la capacidad para deambular sin ayuda asciende un 33%, reflejándose la misma tendencia en otras áreas de los autocuidados.

Las mejoras progresivas en el apoyo psicológico a pacientes y familiares afectados por el VIH en colaboración con las ONG y el voluntariado será un objetivo a desarrollar en los próximos años.

Se deberá incrementar en los dispositivos existentes en el SNS una atención más específicamente dirigida a la búsqueda activa de ETS (clamidia, herpes, HPV) y al despistaje de cáncer de cérvix y carcinoma epidermoide anal.

Papel de la atención primaria

Aunque el peso de la atención médica a los pacientes de VIH/sida recaiga principalmente sobre la atención especializada, hay aspectos que los profesionales sanitarios de atención primaria deben manejar⁹⁶, como los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas de los tratamientos antirretrovirales y, sobre todo, las estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento. También es necesaria la formación sobre las indicaciones y el momento de aplicación de la profilaxis postexposición no ocupacional, todo ello en el contexto del binomio asistencia-prevención (ver prevención desde el medio sanitario).

La colaboración de las instituciones con las compañías farmacéuticas y con las ONG especializadas deberá tener como objetivo un mayor acercamiento a una información más asequible e inteligible sobre los tratamientos, de modo que facilite la adherencia y una mayor efectividad.

Calidad asistencial

Guías de práctica clínica y protocolos asistenciales

La SPNS continuará desarrollando su actividad de asesoría técnica en relación con la práctica clínica. Así su Consejo Asesor Clínico (CAC) continúa editando sus documentos de recomendaciones y se seguirá contando con otros grupos de trabajo específicos, con participación de algunos de los miembros del CAC, con la colaboración de profesionales de reconocido prestigio y experiencia en cada tema. En ocasiones estos expertos colaboran representando a diversas sociedades científicas: Seisida, Sociedad Española de Farmacia, GESIDA, SEGO, AEP y otras, y colegios profesionales.

Esta línea de trabajo de elaboración de documentos asistenciales es producto, en gran medida, de la colaboración con los profesionales del SNS, bien a título individual como experto en los temas correspondientes o bien como representantes de sociedades científicas. La forma en que se generan estas guías es muy eficiente, y paralelamente implica a los profesionales en una labor más general que el de su práctica habitual, pretendiéndose que se facilite que este método integrado de trabajo pase al conjunto de los médicos.

El empleo de los antirretrovirales en función de la situación clínica inmunológica y de viremia, ha sido y continuará siendo un tema de gran debate. En la actualidad, dado el hecho de que la erradicación del VIH es imposible, el uso de los antirretrovirales está siendo ponderado por sus riesgos de toxicidad, el problema de las resistencias y las dificultades de mantener una adherencia terapéutica muy elevada.

Coinfección sida-tuberculosis

La relevancia de la coinfección por *M. Tuberculosis* y VIH es notable en España. Aunque el uso de los antirretrovirales ha disminuido notablemente las infecciones oportunistas, incluida la tuberculosis, y el porcentaje de sida en adultos que presenta tuberculosis como enfermedad indicativa ha pasado del 38,5% en 1995 al 33,3% en 1999, sigue teniendo una gran importancia epidemiológica y clínica en nuestro medio, por lo que deben potenciarse sus programas de control. El debate sobre la intervención en tuberculosis debe realizarse conjuntamente con las comunidades autónomas.

<p>asistencia sanitaria</p>

Desde la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida se fomentan las medidas de control de esta enfermedad en el marco de su coinfección. Así, se han elaborado recomendaciones preventivas actualizadas periódicamente sobre el control de la tuberculosis en relación con la epidemia de infección por VIH/sida⁹⁷, y un documento de consenso sobre los tratamientos directamente observados en tuberculosis, con varias entidades participantes bajo coordinación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona⁹⁸.

Coinfección VIH-hepatitis virales

La importancia médica y epidemiológica de la coinfección por virus hepatotropos, especialmente VHB y VHC es creciente, ya que la efectividad de los tratamientos antirretrovirales está permitiendo que las hepatitis virales lleguen a tener manifestaciones clínicas. También sobre esta coinfección la SPNS está preparando unas recomendaciones de manejo clínico para su difusión en el SNS, que deberán actualizarse periódicamente.

La indicación de trasplante hepático en pacientes infectados por el VIH ha sido debatida por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), los equipos hospitalarios de trasplantes y la SPNS, habiendo dejado de ser la infección por VIH una contraindicación absoluta. Hay en marcha un estudio piloto en este sentido, cuyos resultados facilitarán la toma de decisiones futura sobre este tipo de prestación sanitaria.

Programa de control de calidad de la carga viral

El programa de control de calidad de la carga viral, que se inició en 1997 y se extendió a todo el sistema sanitario con posterioridad, ha continuado en los años siguientes. La iniciativa se está llevando a cabo con la colaboración del grupo de control de calidad de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, del Laboratorio de Retrovirus del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III y el apoyo de algunas de las empresas fabricantes de este medio diagnóstico.

En el programa participa la gran mayoría de los laboratorios hospitalarios que realizan esta determinación, habiendo aumentado cada año el número de ellos, por lo que puede afirmarse que el programa está afianzado en el Sistema Nacional de Salud.

Esta iniciativa está sirviendo como un genuino programa de control de calidad, objetivándose que cada año hay una mejoría de los resultados, que ya partían de una situación aceptable. El programa es versátil, adaptándose cada año a las innovaciones que van desarrollándose en las técnicas de determinación de la carga viral, y se prevé mantener una periodicidad anual. En 2001 se va a iniciar un complemento del programa, en base al empleo de un estándar mensual con una cifra de carga viral conocida.

Implantación de los tests de resistencias a los antirretrovirales

La SPNS ha emitido un informe público en marzo de 2000, sobre su introducción en la práctica asistencial⁹⁹. Este informe tiene en cuenta la labor de su grupo asesor específico de virólogos y clínicos.

Con objeto de que la información que se genere en el SNS con la introducción de tales técnicas pueda agregarse y ser útil tanto para conocer la epidemiología de las resistencias en España como para optimizar las pautas de tratamiento e investigar sobre éstas, se está estableciendo una base nacional de datos sobre resistencias. Este proyecto se lleva a cabo en el marco de un convenio de colaboración del Centro de Biología Molecular Severo

<p>asistencia sanitaria</p>

Ochoa (Universidad Autónoma y Consejo Superior de Investigaciones Científicas) con dos de las empresas fabricantes de estos tests.

Programa de control de calidad de resistencias a los antirretrovirales

Durante 2001 se va a establecer un programa de control de calidad con una logística similar al de la carga viral, con la colaboración del grupo de control de calidad de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica y del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III. Se ofrece a todos los laboratorios asistenciales y de investigación que emplean esta técnica con el objetivo a medio-largo plazo de que este programa sea estable y con una periodicidad semestral o anual.

asistencia sanitaria

OBJETIVOS

- Garantizar una red de servicios que proporcionen una asistencia médica integral y de calidad a las personas con infección por VIH/sida y a las que tienen prácticas de su adquisición.
- Concebir la asistencia desde el “continuo” de la atención y mediada a través de la máxima coordinación de las redes sanitarias: atención primaria, atención hospitalaria, red de drogodependientes, clínicas de ETS, centros de planificación familiar y asistencia en prisiones.
- Integrar la asistencia sanitaria con las estrategias de prevención, tanto del drogodependiente como de los que tienen prácticas sexuales de riesgo, estén unos u otros infectados o no por el VIH.
- Mantener la labor de asesoría de la SPNS sobre la tarea asistencial, mediante la elaboración de guías de práctica clínica y documentos de recomendaciones, con la colaboración de expertos y sociedades científicas.
- Continuar el programa de control de calidad de la carga viral y desarrollar el de resistencias a los antirretrovirales.
- Desarrollar una base de datos nacional de resistencias del VIH a los antivirales.
- Optimizar los programas de control de la tuberculosis de las comunidades autónomas e instituciones penitenciarias, especialmente en sus aspectos asociados a la infección por VIH.
- Optimizar los programas de control de las hepatitis víricas de las comunidades autónomas, especialmente en sus aspectos relacionados con la infección por VIH.

SERVICIOS SOCIALES

Un número elevado de personas con infección VIH presentan una importante problemática social, especialmente en el caso de aquellas relacionadas con las drogodependencias. En España la epidemia ha afectado fundamentalmente a personas con graves problemas sociales de desempleo, desestructuración familiar, escasa escolarización, nivel cultural bajo, pobreza, marginación e infravivienda. Además existe un menor desarrollo de la asistencia social en comparación con la sanitaria, y una insuficiencia de infraestructuras y de conexiones con los organismos sanitarios y organizaciones ciudadanas que desarrollan de forma complementaria este tipo de actividades. Finalmente, el desconocimiento de los servicios sociales por parte del usuario y la tendencia general a que sea él quien se adecúe a los servicios y no a la inversa, hacen que sea fácil encontrar una población enferma, con elevada problemática social, que no llega o llega con dificultad a las ayudas y a las prestaciones sociales de las que podría beneficiarse.

servicios
sociales

Estas situaciones no son exclusivas de personas con infección por VIH, por lo cual no es deseable, como línea general de actuación, la dedicación de recursos específicos, sino el impulso de una infraestructura de servicios sociales de base que aborden esta problemática de manera coordinada con los servicios de atención primaria de salud, ofreciendo soluciones normalizadas a las personas con exclusión social.

Es necesario apoyar a los familiares o allegados para que aprendan las habilidades que se requieren para el cuidado de sus enfermos y darles apoyo psicológico para que no se deterioren las relaciones y para aliviar la tensión, especialmente cuando los pacientes están muy deteriorados o son niños, o cuando los cuidadores son de edad avanzada. El aprendizaje por parte de los propios enfermos de las técnicas de autocuidado ha dado muy buenos resultados, disminuyendo los ingresos en los hospitales, consultas y urgencias. El apoyo psicológico (grupos de autoapoyo), la coordinación con red de salud mental y una mayor implicación de la misma en estos temas son esenciales para mejorar los resultados de la atención a estos pacientes.

La permanencia en el propio domicilio es un elemento clave para una adecuada calidad de vida y para el mantenimiento de las relaciones sociales. Sigue estando vigente la necesidad de servicios sociales de apoyo domiciliario a los pacientes y, para los que no tienen apoyo familiar, se requiere aún una cobertura suficiente de casas de acogida. Aunque la mejora en la morbimortalidad y en la calidad de vida de los pacientes haga menos necesarios algunos servicios sociales de apoyo (ayuda a domicilio, pisos o casas de acogida), la asociación entre infección por VIH y drogodependencia genera un gran deterioro tanto físico como psico-social, y los avances en cuanto a la recuperación de la salud no siempre van paralelos al aumento de la autonomía social y personal. Estos recursos deben adaptarse al enorme incremento que se ha producido en los últimos años en el número de pacientes en tratamiento con sustitutivos opiáceos, dando respuesta a sus necesidades. Las casas y pisos de acogida, incluidos los pisos de emergencia social, deben orientarse a lograr que los pacientes inicien un proceso de inserción social, y desarrollar aquellos recursos (pisos tutelados y de inserción) e iniciativas resocializadoras, siempre desde el respeto a los principios de individualidad, participación y autodeterminación.

OBJETIVOS

- Garantizar una red coordinada de servicios que proporcionen una asistencia integral sociosanitaria de calidad a las personas infectadas por el VIH/sida.
- Potenciar la implicación de la red de atención primaria en el desarrollo de las funciones que le corresponden en relación con la infección por VIH/sida.
- Incrementar la red de servicios sociales de apoyo para personas infectadas o con prácticas de riesgo para el VIH, orientándolos a la reinserción sociolaboral.
- Mejorar la coordinación con las ONG que desarrollan trabajo asistencial en el área social.

**servicios
sociales**

REINCORPORACIÓN LABORAL

La realidad actual de las personas seropositivas ha cambiado mucho en los últimos años respecto a la esperanza y la calidad de vida, debido a los resultados de las nuevas terapias antirretrovirales. La infección por VIH/sida afecta con especial crudeza al tramo de población entre los 20 y los 40 años, es decir, a personas en plena edad productiva. Frente a las situaciones de incapacidad que se daban anteriormente, hay ahora muchos hombres y mujeres seropositivos con perfecta capacidad de incorporación al mundo laboral y con pleno derecho a una mejora en su calidad de vida.

Los trabajadores, al igual que las empresas, deben aprender a aceptar una nueva obligación social, que es reducir el riesgo de sida, eliminar la exclusión basada en el miedo y promover la solidaridad, prestando el apoyo necesario a los afectados y manteniendo la solidaridad¹⁰⁰.

La tarea más importante de la SPNS en este campo es prevenir y combatir la discriminación en el empleo por motivo de infección por VIH o sida, pero también facilitar la reinserción laboral de los afectados cuyo estado de salud así lo aconseje, de forma que les permita una mayor autonomía personal y autoresponsabilizarse de su propia vida. Las estrategias y actividades en esta materia deben establecerse conjuntamente entre los trabajadores, los empresarios y las organizaciones sindicales, y, cuando sea adecuado, con la administración y las organizaciones de afectados¹⁰¹.

incorporación
laboral

En el ámbito de la inserción socio-laboral es fundamental tener en cuenta el protagonismo del mundo empresarial, que son en último término los que tienen que contratar a las personas discapacitadas y, concretamente, a las personas seropositivas. Por ello será necesario establecer vías de colaboración con las organizaciones empresariales, sindicatos y ONG específicas.

La obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH en el medio laboral, como en cualquier otro, no solamente es incompatible con los derechos y la dignidad de las personas y carece de justificación por motivos de salud pública, sino que puede llevar a que las personas infectadas, o que creen estarlo, se automarginen y adopten actitudes y conductas contrapreventivas o bien renuncien a los beneficios de los tratamientos. La lucha contra la discriminación laboral por infección por el VIH o sida debe convertirse en una nueva causa para los trabajadores. Los programas de formación continuada deben incluir información clara sobre VIH/sida¹⁰² para combatir el miedo fundado en la ignorancia.

Es responsabilidad de las instituciones el suprimir las barreras para el acceso a un puesto de trabajo de las personas afectadas por la infección por VIH/sida. Las ONG están capacitadas para detectar las situaciones de desigualdad y de discriminación en materia laboral. También los medios de comunicación pueden desempeñar un importante papel en la creación de un entorno social solidario y para sacar a la luz los casos de discriminación. La propia naturaleza de la infección por VIH/sida implica la necesidad de una respuesta multidisciplinar, no sólo de la administración y de los profesionales sanitarios, sino de cada miembro de la comunidad, como parte de su responsabilidad individual y colectiva¹⁰³.

Para aquellos ciudadanos con infección por VIH que, debido a esta enfermedad o a otras patologías asociadas, tengan un grado de incapacidad física y psicológica que los incapacite para el trabajo, la legislación española contiene una norma reciente, el Real Decreto 1971/1999, que actualiza los criterios de valoración de la discapacidad y la determinación del grado de minusvalía de los ciudadanos. La aplicación de un baremo objetivo, armonizado con el de otras enfermedades incapacitantes y que no cree discriminación positiva ni negativa, para una enfermedad como la infección por VIH/sida, sujeta a grandes cambios en los tratamientos y, afortunadamente, en el pronóstico, es extraordinariamente difícil. Añadamos a esto la especial situación de pacientes muy jóvenes, muchos de ellos ligados a la drogodependencia, con bajo nivel de formación académica y profesional, que dificulta aún más su reinserción sociolaboral.

Este es un claro ejemplo en el que las instituciones y la sociedad civil deben colaborar estrechamente para poder aplicar la normativa con eficacia y dirigida a paliar las necesidades sociales de los más necesitados. La cooperación entre las asociaciones de afectados y la administración para la aplicación de este decreto se articula a través de la Mesa Estatal de Minusvalías en VIH, compuesta por más de 60 ONG, a fin de adecuar los criterios a las circunstancias específicas de las personas con VIH/sida.

<p>incorporación laboral</p>

OBJETIVOS

- Crear un entorno social favorable para la integración sociolaboral de las personas con infección por VIH/sida, garantizando el estricto cumplimiento de la legislación vigente y promoviendo la solidaridad, la tolerancia y el respeto mediante campañas de información dirigidas a población general.
- Fomentar medidas de incorporación sociolaboral dirigidas a personas que, además de la infección por VIH/sida, tienen importantes problemas de exclusión social.
- Abrir vías de colaboración con las organizaciones empresariales, sindicatos y ONG específicas de sida.
- Impulsar las actividades de formación, asesoramiento y sensibilización a través de las organizaciones sindicales y de personas afectadas por el VIH/sida para eliminar las barreras a la incorporación laboral de los afectados.
- Trabajar coordinadamente con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y con las comunidades autónomas para garantizar la aplicación adecuada de la normativa vigente en materia de no discriminación laboral.

OBJETIVO 3

MOVILIZAR Y COORDINAR LOS ESFUERZOS CONTRA EL VIH

Vigilancia epidemiológica
Casos de sida
Infección por VIH
Conductas de riesgo
Otras fuentes de información complementarias
Investigación
Participación ciudadana
Coordinación institucional
Cooperación internacional

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La planificación, coordinación, desarrollo y evaluación de todas las actividades comprendidas en este plan estratégico y su adecuación a las necesidades reales que genera la epidemia de VIH/sida, requieren disponer de buenos sistemas de información epidemiológica.

Las características y requisitos que debe cumplir la vigilancia epidemiológica del VIH/sida son:

- Se deben combinar varios abordajes. La complejidad actual de la epidemia de VIH/sida hace inviable la monitorización de todos sus aspectos a través de un único sistema de vigilancia epidemiológica. Una estrategia global de vigilancia debe contemplar la mortalidad por sida, la incidencia de casos de sida, la infección por VIH y las conductas de riesgo.
- Utilización de metodologías equiparables, que permitan comparar la situación de España respecto a otros países y contribuir a la vigilancia epidemiológica de la región europea y mundial.
- La calidad de la información es un requisito imprescindible para hacerla útil y para que las actuaciones que se basan en ella sean adecuadas.
- Oportunidad de la información. En el curso de la epidemia del VIH los acontecimientos se suceden con rapidez. La máxima utilidad de la información epidemiológica se basa en su capacidad de actualización. Por ello es necesario reducir en lo posible los tiempos de obtención, elaboración y difusión de la información.
- Flexibilidad. En pocos años se han producido cambios importantes en el curso de la epidemia, requiriéndose la adaptación de los sistemas de vigilancia a las nuevas situaciones. La estrategia de vigilancia debe estar preparada para incorporar nuevas actividades y objetivos, en la medida que se necesiten.
- Relación estrecha con la toma de decisiones. La vigilancia epidemiológica no tiene sentido en sí misma, sino que lo adquiere en función del servicio que presta a las actividades de control de la epidemia.

vigilancia

En la actualidad el sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/sida consta de las siguientes actividades:

Vigilancia epidemiológica de los casos de sida

Esta actividad se realiza a través de los registros de casos de sida, que funcionan en España desde los primeros años de la epidemia, en una red descentralizada que se coordina en el nivel estatal a través del Registro Nacional de Casos de Sida. Hasta la fecha, el nivel de subnotificación global se estima entre un 10-15%, encontrándose entre los más bajos de los países europeos. El grado de cumplimentación de las variables se mantiene a niveles muy aceptables. Hasta el momento es, junto con la estadística de mortalidad, el único sistema de información sobre VIH/sida que cubre a toda la población. Sus principales resultados consisten en la cuantificación de la incidencia de sida anual, por sexo, edad, categoría de transmisión y comunidad autónoma de residencia. Sus actualizaciones se emiten semestralmente.

Esta fuente de información es adecuada para las comparaciones geográficas nacionales e internacionales, para describir las características de las personas afectadas y los mecanismos de transmisión predominantes. Además, la incidencia de sida es un indicador fundamental para evaluar globalmente el conjunto de los avances en la lucha contra el sida y, específicamente, la efectividad de las terapias antirretrovirales.

Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH

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

a) Sistemas de notificación de nuevos diagnósticos de infección por el VIH

Esta actividad se viene desarrollando en las comunidades autónomas de Asturias, Navarra y La Rioja desde hace años. En 2001 se declaró la puesta en marcha del Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones de VIH (SINIVIH) a nivel estatal, al que se van incorporando progresivamente las comunidades autónomas que deciden implantarlo.

A diferencia de otros abordajes, que se limitan a estudiar grupos de población específicos, este sistema de notificación capta todas las infecciones diagnosticadas aunque no pertenezcan a categorías de exposición clásicas. Sus objetivos principales son: cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por VIH y su tendencia en el tiempo, caracterizar a las personas recientemente diagnosticadas y aproximarse al conocimiento de las personas recientemente infectadas, para poder planificar y programar los recursos humanos y técnicos para la prevención y la asistencia, y hacer frente a la epidemia en los años venideros.

vigilancia

b) Vigilancia centinela de la infección por VIH

Consiste en la monitorización del VIH en poblaciones específicas elegidas por ser poblaciones diana para las actividades de prevención (usuarios de drogas inyectadas, mujeres que ejercen la prostitución, etc.) o por presentar ventajas logísticas para su estudio (pacientes de atención primaria). Son métodos de vigilancia muy flexibles y muy adaptados a las necesidades de la prevención. Como analizan únicamente una muestra de la población consiguen una alta eficiencia, especialmente cuando las prevalencias de infección son medias o altas. Presentan limitaciones para comparar la magnitud de diferentes subepidemias porque generalmente se desconoce su base poblacional. Se pueden basar en analíticas voluntarias o bien utilizar la metodología de anónimos no relacionados, la cual evita sesgos de participación.

La vigilancia centinela de VIH se compone de las siguientes actividades:

- Encuestas de seroprevalencia de VIH en consumidores de heroína y cocaína en tratamiento, en colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Análisis de los resultados de pruebas de VIH voluntarias realizadas en centros de ETS y de diagnóstico de VIH.
- Recopilación de los resultados de las pruebas de VIH obligatorias realizados en las donaciones de sangre.
- Estudio de seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en recién nacidos.
- Estudio de seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual.
- Estudio de seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de atención primaria.

Además de estas actividades que vienen realizándose de forma sistemática, puntualmente se realizan estudios de seroprevalencia de VIH en otros colectivos específicos captados

en la calle, locales públicos o en dispositivos asistenciales móviles (usuarios de drogas inyectadas, hombres homosexuales, travestis, hombres que ejercen prostitución, etc.)

Vigilancia epidemiológica de conductas de riesgo

La información sobre conductas de riesgo es esencial para la prevención. En España se han realizado estudios de conductas de riesgo para el VIH en poblaciones específicas como UDVP, homosexuales y prostitutas, pero no así en población general. Son también pocos los que se repiten periódicamente. En anteriores capítulos se ha señalado la escasez de información existente sobre los comportamientos sexuales relacionados con infecciones de transmisión sexual como el VIH. La SPNS, en colaboración con varias comunidades autónomas, inició en el año 2000 la preparación de una encuesta nacional sobre conductas sexuales con el fin de complementar la información existente para definir las estrategias más adecuadas para prevenir las prácticas sexuales de riesgo.

Otras fuentes de información complementarias

a) Monitorización de la mortalidad por sida

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

b) Sistemas de información de base asistencial

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

En los últimos años el conjunto mínimo base de datos (CMBD) ofrece posibilidades adicionales para la monitorización de las altas hospitalarias relacionadas con el sida y la infección por el VIH.

OBJETIVOS

- Mantener y reforzar los sistemas de vigilancia que están en funcionamiento, mejorando, en los casos en que sea necesario, su cobertura y calidad.
- Impulsar las actividades de vigilancia de la infección por VIH recientemente iniciadas, extendiéndolas a más comunidades autónomas.
- Definir y consolidar la vigilancia de las conductas de riesgo en poblaciones específicas y en población general.
- Flexibilizar los sistemas de vigilancia de modo que puedan adaptarse a las necesidades y cambios en la evolución de la epidemia.
- Estrechar la relación entre la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en materia de prevención y de planificación de servicios.
- Ampliar y mejorar la difusión de resultados de los sistemas de vigilancia, adaptando los mensajes en función de la población destinataria.

vigilancia

INVESTIGACIÓN

En los últimos años se ha hecho un esfuerzo por basar en la evidencia científica la respuesta del Plan Nacional sobre el Sida a la epidemia, tanto en lo asistencial como en la prevención. La investigación, en la que están implicadas las administraciones y el sector privado, sigue siendo un pilar básico de la estrategia nacional sobre el VIH/sida, y está dirigida a mejorar los conocimientos sobre las maneras de prevenir la propagación de la epidemia, de reducir los daños que genera a los individuos y a la sociedad y de mejorar la calidad de vida de los afectados. La investigación clínica en España, en paralelo con el notable nivel de desarrollo asistencial, es abundante y de calidad. La investigación básica es de gran calidad pero no suficiente. El gobierno se ha propuesto incrementar globalmente la investigación, y el área biomédica progresará adecuadamente de forma paralela al programa I+D. Pero además de las anteriores, la prioridad sectorial de la SPNS se centra en mejorar la investigación que tiene por objetivo dar respuesta a la epidemia desde la perspectiva de la salud pública, en especial la prevención. Para ello será necesario dedicar además un esfuerzo especial a la investigación en ciencias sociales, epidemiológicas y de la conducta, que permita una planificación bien informada.

investigación

Las vías de financiación para la realización de estudios de investigación sobre VIH/sida en España son las siguientes:

1. Los cauces institucionales nacionales, esencialmente a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias y de los programas del actual Ministerio de Ciencia y Tecnología.
2. Las vías institucionales europeas, fundamentalmente a través de proyectos BIOMED, existiendo participación española en diferentes estudios europeos.
3. Los cauces institucionales autonómicos. Las diferentes comunidades autónomas tienen sus propias actividades de fomento de la investigación.
4. La industria farmacéutica, que lleva a cabo ensayos clínicos en distintas fases de investigación, que son autorizados a través de la Agencia Española del Medicamento.
5. La investigación financiada por otras entidades públicas o privadas, sean fundaciones o instituciones académicas, relacionadas o no con el ámbito estricto de la salud.

La SPNS colabora con las principales de las instituciones anteriores y, además, son iniciativas propias en las que participa la Agencia de Ensayos Clínicos y la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.

El MSC, a través de la SPNS, continuará financiando actividades de investigación del Grupo de Sida (GESIDA), de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), habiéndose creado en 1999 la denominada Agencia de Ensayos Clínicos (AEC) de GESIDA. Los objetivos son tanto potenciar la investigación clínica que sobre el sida se hace en el Sistema Nacional de Salud, como lograr una mayor coordinación de esta actividad entre los centros sanitarios españoles, y facilitar la realización de estudios multicéntricos de muy diverso tipo¹⁰⁴, tales como ensayos clínicos y estudios de cohorte y de prevalencia, a los que da soporte metodológico y de gestión.

Durante 1999 se constituyó la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE), cuyo objetivo esencial era impulsar una investigación de calidad en España en los campos básico, clínico, epidemiológico, preventivo, económico y social de la epidemia¹⁰⁵. Regida por un patronato con representación paritaria pública y privada, del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto de Salud Carlos III, la Secretaría del Plan

Nacional sobre el Sida y, paralelamente, de las compañías farmacéuticas claves en la investigación y desarrollo de fármacos antirretrovirales. En cada una de las convocatorias se priorizan áreas y temas de especial relevancia en el contexto de la epidemia de sida en España. Esta iniciativa compartida de la industria privada y el Ministerio de Sanidad y Consumo está facilitando el apoyo a una investigación rigurosa y de gran contenido científico. El objetivo último de FIPSE es que la epidemia de infección por VIH sea abordada de la forma más efectiva posible, incorporando nuevos hallazgos procedentes de la investigación biomédica y social. Teniendo en cuenta el contenido de los 63 proyectos en marcha, fruto de las dos primeras convocatorias, y la participación de casi 250 investigadores y 79 becarios/contratados, pertenecientes a más de 100 centros, se puede afirmar que FIPSE está cumpliendo adecuadamente su objetivo fundacional de potenciar la investigación española sobre la infección por VIH/sida en sus aspectos básicos, clínicos, epidemiológicos, preventivos, económicos y sociales, y promocionar proyectos multicéntricos.

investigación

Durante el año 2000 se ha creado el Ministerio de Ciencia y Tecnología, el cual ha asumido las tareas de promoción de la investigación en Ciencias de la Vida, que antes realizaba el Ministerio de Educación y Ciencia. Dado que la investigación básica en temas de Biomedicina, incluida la infección por VIH/sida, se relacionan íntimamente con los propios de la investigación clínica, se precisa una coordinación de la SPNS con dicho nuevo departamento. Igualmente merece la pena conocer en detalle los estudios europeos de investigación sobre VIH/sida, que muchos de ellos cuentan con financiación española, bien del FIS o de dicho Ministerio de Ciencia y Tecnología. En la actualidad la Dirección General de Investigación de la Comisión Europea está debatiendo con los estados miembros la puesta en marcha de la denominada Plataforma europea sobre ensayos clínicos sobre sida/tuberculosis/malaria, con el fin de potenciar la investigación en los países en vías de desarrollo y también dentro del propio marco de la UE. Esta iniciativa, dentro del “espacio europeo de investigación”, va a tener muy probablemente un gran impacto para potenciar la investigación española y su conexión con redes europeas y del tercer mundo.

OBJETIVOS

- Mantener el apoyo a las actividades de investigación clínica a través de la Agencia de Ensayos Clínicos de GESIDA, diversificando sus estudios y ampliando la participación de centros sanitarios y colaborar con otras iniciativas similares.
- Potenciar la labor de promoción de la investigación de la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE), incorporando nuevos patronos que faciliten un incremento de la financiación anual dedicada a proyectos, continuando con la convocatoria anual de proyectos.
- Establecer una coordinación con otros recursos públicos dedicados a la investigación, tales como los programas del propio Ministerio de Sanidad y Consumo, del Ministerio de Ciencia y Tecnología, y especialmente con los proyectos europeos de investigación, destacando la iniciativa de la denominada Plataforma europea sobre ensayos clínicos sobre sida/tuberculosis/malaria.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La movilización de las organizaciones ciudadanas es una clara manifestación de la respuesta de la sociedad ante un problema que, desde su inicio, rebasó ampliamente el ámbito estrictamente sanitario para pasar a convertirse en un problema de salud pública con un componente social muy importante.

La participación de la sociedad civil ha resultado particularmente importante en el campo del VIH/sida. En muchos contextos, las personas afectadas por el VIH han influido activamente en su propio tratamiento y en su acceso a los servicios de atención de salud. Y las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los grupos de personas afectadas han ayudado a forjar ideas sobre los derechos humanos en relación con esta epidemia y han contribuido a configurar las respuestas de la salud pública internacional a futuras epidemias del siglo XXI en la era de la globalización.

Las organizaciones juveniles, grupos de mujeres, organizaciones de homosexuales, grupos de personas que viven con el VIH, redes que trabajan en la reducción del daño, etc., por su capacidad de identificación con los individuos y grupos sobre los que se pretende actuar, así como la credibilidad que les inspiran poseen la capacidad de hacer de interlocutores válidos entre éstos y los servicios públicos. Además, poseen mayores posibilidades de acceso y facultad de intervención directa sobre los individuos y poblaciones con mayor riesgo de infección, que en muchas ocasiones por sus características sociales o estilos de vida son inaccesibles a través de los programas y servicios convencionales.

Por ello, una respuesta eficaz a la epidemia requiere un enfoque asociativo en el que participen las organizaciones gubernamentales, las ONG y los grupos afectados por el VIH/sida, en particular las personas infectadas.

El trabajo de las ONG complementa pues, inestimablemente, las acciones de instituciones y profesionales. Es vital para promover conductas saludables entre la población, proporcionar apoyo psicológico y cuidados a las personas afectadas y a sus allegados y crear un ambiente social propicio que permita una normalización de la enfermedad y luchar contra cualquier tipo de exclusión. Contribuyen también a detectar precozmente las variaciones en las prácticas de riesgo y en las necesidades de los afectados y, a través del Consejo Asesor de ONG, informan y orientan las estrategias del Plan Nacional sobre el Sida.

Por muchos esfuerzos hechos, y que se incrementarán, por parte de las instituciones públicas, la respuesta nunca será completa sin la ayuda de la sociedad civil. La atención psicológica (asistencia individualizada, grupos de autoapoyo y de ayuda mutua) y social (asistencia y ayuda a pacientes en su propio domicilio, creación y mantenimiento de pisos y casas de acogida para enfermos sin recursos) a las personas afectadas y familiares o allegados son necesidades por satisfacer, para las cuales las instituciones o administraciones muchas veces no tienen la flexibilidad suficiente para adaptarse en periodos cortos de tiempo y proporcionar estos servicios con suficiente cobertura, siendo fundamental la labor de las ONG también en estas áreas. La lucha contra la exclusión y discriminación de las personas infectadas y enfermas, tanto en el medio laboral, escolar, legal, sanitario u otros es otro de los ámbitos en los que la labor de las asociaciones ciudadanas es más intensa.

participación
ciudadana

Sin embargo, si bien es preciso reconocer su enorme contribución a la lucha contra el sida, es necesario también hacer referencia a algunas áreas que cabría mejorar. En los últimos años se ha producido un incremento importante de estas asociaciones, que no guarda equilibrio entre las diferentes áreas geográficas ni en cuanto a su número ni al tipo de programas que llevan a cabo y, en algunos casos, sin la formación técnica suficiente. A esto habría que añadir la insuficiente coordinación entre las administraciones públicas y estas organizaciones. Todo ello conlleva una dispersión de los recursos y una menor eficiencia de los esfuerzos llevados a cabo. Se hace indispensable mejorar la formación técnica de los miembros de estas asociaciones y el establecimiento de redes que les permitan el intercambio de información y experiencias, así como una mayor coordinación de sus actividades.

La fuente principal de financiación de estas asociaciones es la administración pública. En el caso de las ONG que trabajan en sida, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con cargo a la asignación tributaria del impuesto sobre la renta de las personas físicas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, junto con las comunidades autónomas, son sus principales fuentes de recursos. En el caso de la administración general, en aras a una mayor eficiencia, se ha realizado un importante esfuerzo de coordinación entre ambos departamentos que ha resultado en una delimitación clara de las áreas prioritarias de actuación de cada uno. Así, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales subvenciona proyectos de ayuda a domicilio y casas de acogida para enfermos de sida, mientras que el de Sanidad y Consumo dedica sus ayudas a la puesta en marcha y mantenimiento de programas de prevención dirigidos a población general y a colectivos específicos de mayor riesgo (sobre todo usuarios de drogas, personas que ejercen la prostitución, jóvenes, gays) y al apoyo psicológico de los afectados. En cuanto a la Administración autonómica, en los últimos años han aumentado notablemente los recursos económicos destinados a las ONG.

Entre 1997 y 2000 el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales destinó a la financiación de programas de apoyo social más de dos mil millones de pesetas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, casi setecientos, a los que hay que añadir aproximadamente dos mil millones aportados por las comunidades autónomas. No obstante, las crecientes necesidades de tipo social y laboral de estos pacientes, generadas por el aumento de la supervivencia observado desde la introducción de las nuevas terapias antirretrovirales, así como la diseminación de la infección por VIH en la población, requieren un incremento de los recursos destinados a apoyar a estas asociaciones en la realización de programas de prevención y apoyo social a los afectados.

OBJETIVOS

- Mejorar la coordinación y el intercambio de experiencias entre las ONG del territorio para lograr una mayor efectividad de las acciones.
- Mejorar la coordinación entre ONG y administración, fomentando la participación de éstas en el diseño y desarrollo de las estrategias de control y lucha contra el sida y en la elaboración de recomendaciones técnicas de apoyo a los programas, que permitan dar una mayor coherencia a las actuaciones desarrolladas y homogeneizar los criterios de actuación en todas ellas.
- Mejorar la formación técnica del personal que trabaja en estas asociaciones en aspectos concretos de gestión de recursos y diseño, planificación y evaluación de programas.
- Potenciar el apoyo institucional a las organizaciones ciudadanas de servicio en sida.
- Favorecer la autoorganización de las personas afectadas por el VIH para aumentar la efectividad de las intervenciones.

participación
ciudadana

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida es el órgano permanente de coordinación entre los distintos organismos y organizaciones miembros de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida, creada por RD 592/1993 para la prevención y control de la epidemia. Además de la administración general del estado y las comunidades autónomas, las autoridades locales y diversas organizaciones no gubernamentales desempeñan importantes funciones en materia de VIH/sida.

coordinación
institucional

En los últimos años se han establecido instrumentos y mecanismos eficaces de cooperación con la mayoría de estas instituciones y organizaciones, y el nuevo Plan Multisectorial prevé mantenerlos en el futuro. Es labor del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Plan Nacional sobre el Sida, favorecer la reflexión conjunta e integrar las actividades de los distintos departamentos ministeriales, organizaciones y asociaciones, con los programas de sida autonómicos, con el fin de optimizar los esfuerzos y converger coherentemente hacia los objetivos consensuados. No obstante, el peso de la cooperación intraautonómica que recae sobre los planes autonómicos de VIH/sida es cada vez mayor, al haber finalizado o estar finalizando las transferencias en dos materias de primordial importancia para la prevención de la infección por el VIH, la asistencia sanitaria y la educación, entre otras ya transferidas anteriormente.

En la tabla 2 se ofrece una visión de conjunto de la estructura organizativa y de las diversas áreas de competencia.

OBJETIVOS

- Incrementar el compromiso de los distintos departamentos y sectores involucrados en las acciones dirigidas a frenar la progresión y el impacto de la infección por el VIH/sida.
- Intensificar la cooperación entre la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y los planes autonómicos sobre el terreno.
- Reforzar la coordinación multidisciplinar intraautonómica.

Tabla 2. Estructura organizativa

<p><i>Gubernamentales</i> <i>Nacional</i></p> <p><i>Administración general</i> Ministerio de Sanidad y Consumo Instituto Nacional de Salud Carlos III Ministerio de Educación, Cultura y Deportes Ministerio del Interior (Plan Nacional sobre Drogas, Instituciones Penitenciarias) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (DG de Acción Social, Menor y Familia, Instituto de la Mujer, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Instituto de la Juventud) Ministerio de Defensa Ministerio de Asuntos Exteriores (Agencia Española de Cooperación Internacional)</p> <p><i>Órganos colegiados</i> Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida Comisión de Salud Pública Consejo Interterritorial de Salud Federación Española de Municipios y Provincias</p>	<p><i>No gubernamentales</i> <i>Nacional</i></p> <p>Organización Médica Colegial Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería Colegio Oficial de Psicólogos Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia Asociación Española de Pediatría Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica Federaciones de ONG que trabajan en VIH/sida ONGs de ámbito nacional que trabajan en VIH/sida Consejo de la Juventud de España SEISIDA SEIMC-GESIDA FIPSE Fundación La Caixa Industria farmacéutica</p>
<p><i>Gubernamentales</i> <i>Autonómicas</i></p> <p>Planes regionales de sida Consejerías de Sanidad Consejerías de Servicios Sociales Consejerías de Educación</p>	<p><i>No gubernamentales</i> <i>Autonómicas</i></p> <p>ONGs de ámbito autonómico o provincial Consejos de la Juventud autonómicos o provinciales</p>
<p><i>Gubernamentales</i> <i>Locales</i></p> <p>Servicios sociales municipales Servicios sanitarios municipales Centros de atención a drogodependientes Centros de mujeres y de planificación familiar Centros para jóvenes</p>	<p><i>No gubernamentales</i> <i>Locales</i></p> <p>ONGs locales Grupos de iguales Grupos de autoapoyo Asociaciones vecinales Consejos de la Juventud locales</p>

COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Desde 1990 el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con el de Asuntos Exteriores, ha desarrollado una actividad anualmente creciente en materia de VIH/sida, dentro del marco de su política de cooperación internacional. Los diferentes planes de cooperación han venido desarrollándose en colaboración con los organismos, agencias y programas internacionales, tales como el Programa de Naciones Unidas contra el Sida (ONUSIDA), la Organización Mundial y la Panamericana de la Salud (OMS-OPS), las autoridades sanitarias de los respectivos países, otras agencias o programas regionales y ONG. La Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) ejerce un protagonismo clave en materia de cooperación, financiando y dando apoyo logístico y técnico a las iniciativas que el MSC, a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida ha establecido en materia de VIH/sida.

cooperación
internacional

En 1994, complementando las aportaciones estructurales a organismos multilaterales, el MSC abrió una línea de cooperación internacional en materia de VIH/sida. Por los estrechos lazos culturales, se priorizó la cooperación con los países iberoamericanos, aunque también se llevaron a cabo programas específicos con países africanos.

Desde 1994 las intervenciones en materia de cooperación internacional se han desarrollado a través de tres cauces fundamentales: Planes de Actuaciones a través de la OPS/OMS (en 2001 el VIII Plan de Actuaciones Conjuntas MSC-AECI-OPS/OMS), convenios de colaboración con ONUSIDA (desde la creación del programa en 1996) y cooperación bilateral directa con los países o a través de ONG internacionales.

La meta principal a lo largo de estos años ha sido aumentar la capacidad de respuesta de los países para hacer frente a la epidemia, dotándoles de los instrumentos técnicos y de los recursos para mantener las intervenciones en el tiempo.

Entre 1993 y 2000 la mayor parte de las actividades de cooperación en materia de VIH/sida se han llevado a cabo en los países iberoamericanos, priorizando aquellos más afectados por la epidemia. Desde 2001, de acuerdo con las nuevas prioridades establecidas por el programa ONUSIDA en África, se intensificarán las acciones destinadas a este continente, manteniendo las ya iniciadas en Iberoamérica.

En el periodo 2001-2005 las actividades de cooperación internacional se concentrarán en reforzar la capacidad de los países para planificar y generar respuestas multisectoriales para el control del VIH/sida y de las infecciones de transmisión sexual y dotar a los programas nacionales de VIH/SIDA de los elementos técnicos necesarios para aumentar la eficiencia de los recursos y la efectividad de las intervenciones.

OBJETIVOS

- Reforzar la vigilancia epidemiológica para la toma de decisiones.
 - Aumentar la calidad de los sistemas vigilancia epidemiológica en las regiones.
 - Proporcionar, generar, compartir y diseminar la información epidemiológica relevante y oportuna para la toma de decisiones destinadas a reducir el impacto de la epidemia del VIH/sida y ITS.

- Dar apoyo a los programas nacionales de VIH/SIDA en la gestión y planificación de recursos y actividades destinados a un control más eficaz de la epidemia.
- Reforzar las políticas de salud pública y los programas para prevenir y controlar la transmisión del VIH por vía sexual; la asociada al consumo de drogas por vía intravenosa y la vertical.
 - Desarrollo de metodologías y guías de buena práctica para el diseño de intervenciones de prevención destinadas a cambiar conductas en grupos con riesgo de VIH; y para aumentar la calidad de la atención de las personas infectadas y afectadas.
- Potenciar la capacidad de los países para proporcionar atención integral a las personas afectadas.
 - Aumentar la capacidad nacional y regional de difundir modelos adecuados para la atención del VIH/sida/ITS.
- Desarrollo de programas de comunicación social, innovadores y atractivos, sobre la adopción y mantenimiento de prácticas saludables en relación con el VIH/sida/ITS.

**cooperación
internacional**

ANEXOS

ANEXO 1
GRUPOS COLABORADORES

AUTORES**SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA**

Ángela Bolea Laguarda
 María José Belza Egozcue
 Jesús Castilla Catalán
 Julia del Amo Valero
 Luis de la Fuente de Hoz
 Luis Guerra Romero
 Isabel Noguer Zambrano
 Maite Manzanera Rodríguez
 Francisco Parras Vázquez
 Anna Rodés Monegal
 Mónica Suárez Cardona

colaboradores

GRUPOS COLABORADORES**COORDINADORES AUTONÓMICOS DE SIDA**

Alfredo Rubio Sanz. Jefe de Servicio de Programas. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud de Andalucía.

Javier Toledo Pallarés. Coordinador del Programa de Prevención y Control de la Infección por VIH/Sida. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de Aragón.

Marian Uría Urraza. Coordinadora del Programa de Control y Prevención de la Infección por VIH/Sida. Dirección General de Salud Pública de Asturias.

María Teresa Barge Franco. Coordinadora Regional de Sida. Consejería de Sanidad y Seguridad Social de Baleares.

Domingo Núñez Gallo. Jefe de Servicio de Epidemiología. Servicio Canario de Salud.

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

Juan Atenza Fernández. Director del Centro Regional de Salud Pública. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

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

Joan Colom i Ferran. Director General de Drogodependencias y Sida. Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.

Gregorio Montes Salas. Coordinador Regional de Sida de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.

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

Isabel García González. Jefe de Servicio de Atención Primaria del Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid.

Alfredo Cano Sánchez. Coordinador Regional de Sida de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

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

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

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

Sofía Tomás Dols. Jefa de la Unidad de Sida de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana.

Juan Carlos Pérez Aguilar. Responsable del Plan de Sida de la Comunidad Autónoma de Ceuta.

Gloria Duque Rueda. Coordinadora Provincial de Sida del Gobierno Autónomo de Melilla.

colaboradores

DIRECTIVOS Y TÉCNICOS DE OTROS MINISTERIOS

Subdirección General de Organizaciones no Gubernamentales y Subvenciones. Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Subdirección General del Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Subdirección General de Programas. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

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

Subdirección General del Plan Nacional sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Centro de Investigación y Documentación Educativa - CIDE. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

Instituto de Medicina Preventiva del Ejército. Ministerio de Defensa.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Coordinadora d'Associacions de Lluita contra la sida de la Comunitat Valenciana. CALCSICOVA.

Médicos del Mundo

Federación Antisida del Sur. FASUR

Federación Española de Comités y Comisiones Antisida del Estado Español. FEDALCS.
Formación e Información sobre Tratamientos en el VIH/SIDA. FIT.
Fundación de Comités y Comisiones Antisida del Estado Español.
Federación Estatal de Lesbianas y Gays.
Asociación Catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado.
Secretariado General Gitano.

colaboradores

ANEXO 2
ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

AEC	Agencia Española de Ensayos Clínicos
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AEEH	Asociación Española de Estudio del Hígado
AEP	Asociación Española de Pediatría
ANR	Anónimo no relacionado
ARV	Antirretroviral
CAC	Consejo Asesor Clínico
CCAA	Comunidades autónomas
CEESCAT	Centro de estudios epidemiológicos sobre el sida de Cataluña
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
CNE	Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III
DGIP	Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FIPSE	Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España
FIS	Fondo de Investigaciones Sanitarias
GESIDA	Grupo de estudio de sida - SEIMC
GDR	Grupo diagnóstico relacionado
HPV	Papilomavirus humano
I+D	Investigación y desarrollo
IMIM	Instituto Municipal de Investigación Médica, Barcelona
IMUJER	Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MECD	Ministerio de Educación, Cultura y Deporte
MD	Ministerio de Defensa
MJ	Ministerio de Justicia
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
MTAS	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
ONUSIDA	Programa conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIJ	Programa de intercambio de jeringuillas
PMM	Programa de mantenimiento con metadona
PNSD	Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SEIMC	Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPNS	Secretaría Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo
UDVP	Usuarios de drogas por vía parenteral
VE	Vigilancia epidemiológica
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

abreviaturas

ANEXO 3
REFERENCIAS

REFERENCIAS

- ¹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Plan de Movilización Multisectorial frente al sida 1997-2000. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997. <http://www.msc.es/sida>
- ² Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Plan de Movilización Multisectorial frente al sida, España 1997-2000: Evaluación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. <http://www.msc.es/sida>
- ³ Commonwealth Department of Health and Aged Care. National HIV/AIDS Strategy 1999-2000 to 2003-2004, Changes and Challenges. Commonwealth of Australia, 2000. <http://www.ancahrd.org>
- ⁴ CDC. HIV Prevention Strategic Plan Through 2005. Centers for Disease Control and Prevention. 2001. <http://www.cdc.gov/nchstp/od/news/prevention.pdf>
- ⁵ Constitución Española, 1978.
- ⁶ Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, Consejo de Europa. Estrasburgo, 1950.
- ⁷ Ley General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.
- ⁸ OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Ginebra, 1986. <http://www.who.org>
- ⁹ ONUSIDA. Guía para la planificación estratégica de una respuesta nacional al VIH/SIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Ginebra, 1998. <http://www.unaids.org>
- ¹⁰ 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 de Sida.
- ¹¹ Swiss Federal Office of Public Health. HIV and AIDS National Program 1999-2003. FOPH. Berna, 1999. <http://www.admin.ch/bag/aids/prev/e/index.htm>
- ¹² WHO. AIDS Epidemic Update, December 1999. World Health Organisation, Ginebra, 2000.
- ¹³ ONUSIDA. La epidemia de SIDA. Situación en diciembre de 2000. UNAIDS. Ginebra, 2000. <http://www.unaids.org>
- ¹⁴ ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Junio de 2000. UNAIDS. Ginebra, 2000. <http://www.unaids.org>
- ¹⁵ Fernández Sierra MA, Gómez Olmedo M, Delgado Rodríguez M, *et al*. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población española (II). Metaanálisis de las tendencias temporales y geográficas. *Med Clin (Barc)* 1990;95:366-71.
- ¹⁶ Del Romero J, Castilla J, García S, *et al*. Evolución de la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en un colectivo de varones homo/bisexuales de Madrid (1986/1995). *Med Clin (Barc)* 1997;110:209-12.
- ¹⁷ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Monitoratge de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homes homosexuals i en usuaris de drogues per via parenteral. Document tècnic n° 11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2000.
- ¹⁸ Hernández-Aguado I, Aviñó MJ, Pérez-Hoyos S, *et al*. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of epidemic over 10 years. *Int J Epidemiol* 1999;28:335-340.
- ¹⁹ Soplana P, Carrascosa C, García-Benito P. Evolución de la prevalencia de la infección por el VIH-1 en los drogodependientes de la Comunidad de Madrid (1985-1996). *Med Clin (Barc)* 1998;111:257-8.
- ²⁰ Ballesteros J, Clavo P, Castilla J, *et al*. Low seroincidence and decrease in seroprevalence among female prostitutes in Madrid [letter]. *AIDS* 1999; 13:1143-4.
- ²¹ Vioque J, Hernández-Aguado I, Fernández García E, *et al*. Prospective cohort study of female sex workers and risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986-1996). *Sex Transm Inf* 1998;74:264-88.
- ²² De la Fuente L, Bravo MJ, Lew C, *et al*. Prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de conductas de riesgo entre consumidores de heroína en Barcelona, Madrid y Sevilla: un ejemplo de centrar los estudios en consumidores y no sólo en usuarios por vía intravenosa. *Med Clin (Barc)* 1999;113:646-51.
- ²³ Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid 1997. <http://www.mir.es/pnd>
- ²⁴ Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2000. *Bol Epidemiol Semanal* 2001; 9: 33-36.
- ²⁵ Castilla J, Pachón I, González MP, *et al*. Seroprevalence of HIV and HTLV in a representative sample of the Spanish population. *Epidemiol Infect* 2000 125:159-62.

referencias

- ²⁶ Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de los casos de sida. España, 1980-1998. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:85-9.
- ²⁷ Moreno C, Huerta I, Lezaun ME, *et al.* Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y La Rioja. *Med Clin (Barc)* 2000;114:653-5.
- ²⁸ European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2000. 2000, N° 63. <http://www.ceses.org>.
- ²⁹ Del Romero J, Castilla J, García S, *et al.* Time trend in HIV seroconversion incidence among homosexual men repeatedly tested in Madrid, 1988-2000. *AIDS* 2001; 15 (en prensa).
- ³⁰ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/sida a Catalunya (SIVES). Informe anual 1999. Document tècnic n° 12. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2000.
- ³¹ Noguer I, García-Saiz A, Castilla J *et al.* Evolución de la seroprevalencia de VIH en madres de recién nacidos entre 1996 y 1999. *Med Clin (Barc)* 2000;115:772-774.
- ³² Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de consultas de ETS. Seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998-1999. Estudio anónimo no relacionado. *Bol Epidemiol Semanal* 2000; 8:157-160.
- ³³ García de Olalla P, Caylà JA, Brugal MT *et al.* Evolución de la mortalidad y supervivencia del SIDA en Barcelona (1981-1997). *Med Clin (Barc)* 1999;113:169-70.
- ³⁴ Castilla J, Noguer I, Belza MJ, *et al.* ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Atención Primaria (en prensa).
- ³⁵ Sumartojo E, Carey JW, Doll LS y Gayle H. Targeted and general population interventions for HIV prevention: towards a comprehensive approach. *AIDS* 1997, 11: 1201-1209.
- ³⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario, 1998.
- ³⁷ Vigilancia epidemiológica del sida en España. Informe trimestral n° 4. Registro Nacional de Casos de Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2000. <http://www.msc.es/sida>
- ³⁸ Castilla J, Barrio G, De La Fuente L, Belza MJ. Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS CARE* 1998; 10: 667-676.
- ³⁹ Juárez O, Díez E, Barniol J, Villamarín F *et al.* Conductas preventivas de la transmisión sexual de sida, de otras infecciones y del embarazo en estudiantes de secundaria. *Aten Primaria* 1999, 24:194-202.
- ⁴⁰ Parera N, Surís JC. Sexuality and contraception in adolescents from Barcelona, Spain. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10: 153-157.
- ⁴¹ Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986 y 1990). Madrid. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1994.
- ⁴² Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. Sida y adolescencia. Estudio sobre conocimientos, actitudes y conductas en relación a la infección por VIH en adolescentes escolarizados de la región de Murcia. Murcia: Región de Murcia, Consejería de Sanidad, 1991.
- ⁴³ INJUVE, Resultados preliminares. Informe Juventud en España, Madrid, 2000.
- ⁴⁴ INJUVE, Resultados preliminares. Informe Juventud en España, Madrid, 2000.
- ⁴⁵ Tasas de IVE según grupo de edad. España, 1990-1998. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ⁴⁶ Observatorio Español sobre Drogas, Informe n° 4. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Madrid, 2001. <http://www.mir.es/pnd>
- ⁴⁷ De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ and the Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. The Transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. *Addiction* 1997; 92:1733-1744.
- ⁴⁸ De la Fuente L, Bravo MJ, Lew C, Barrio G, Soriano V y Royuela L. Prevalencia de infección por VIH y de conductas de riesgo entre los consumidores de heroína de Barcelona, Madrid y Sevilla: un ejemplo de las ventajas de centrar los estudios en los consumidores y no sólo en los inyectores *Med Clin (Barc)* 1999;111:646-651.
- ⁴⁹ Bravo MJ. Comunicación personal de los resultados del proyecto "Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de las prácticas de riesgo para su transmisión en usuarios recientes de programas de intercambio de jeringas en cinco áreas españolas", 2001.
- ⁵⁰ CEESCAT. Monitoratge de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homossexuals i en usuaris de drogues per via parenteral. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2000.
- ⁵¹ Bravo MJ, Barrio G, de la Fuente L, Royuela L, Colomo C, Rodríguez MA y Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para la Monitorización de la Infección por el VIH y las prácticas de riesgo en usuarios de drogas inyectables. Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de prácticas de inyección entre inyectores de drogas infectados o no por el VIH de tres ciudades españolas. *Rev Clin Esp* 2000; 200:355-59.

- ⁵² Valente TW, Vlahov D. Selective risk taking among needle exchange participants: implications for supplemental interventions. *Am J Public Health*. 2001 Mar;91(3):406-11.
- ⁵³ Bravo MJ. Comunicación personal de los resultados del proyecto "Evolución de la prevalencia de infección por VIH y de las prácticas de riesgo para su transmisión en usuarios recientes de programas de intercambio de jeringas en cinco áreas españolas", 2001.
- ⁵⁴ El programa de prevención del sida y dispensación de metadona en las oficinas de farmacia 1999-2001. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos/ Ministerio de Sanidad y Consumo/ Ministerio del Interior. Madrid, 2001.
- ⁵⁵ Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996. <http://www.msc.es/sida>
- ⁵⁶ Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2000. *Bol Epidemiol Semanal* 2001; 9: 33-36.
- ⁵⁷ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Proyecto EPI-VIH. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.
- ⁵⁸ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Monitoratge de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homes homosexuals i en usuaris de drogues per via parenteral. Document tècnic n° 11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2000.
- ⁵⁹ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/sida a Catalunya (SIVES). Informe anual 1999. Document tècnic n° 12. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2000.
- ⁶⁰ Del Romero J, Castilla J, García S, Clavo P, Ballesteros J, Rodríguez C. Time trend in incidence of seroconversion among homosexual men repeatedly tested in Madrid, 1988-2000. *AIDS* 2001;15 (en prensa).
- ⁶¹ Castilla J, Noguer I, Belza MJ, *et al*. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Atención Primaria (en prensa).
- ⁶² Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Plan de Movilización Multisectorial 1997-2000. Cuaderno de indicadores, 4ª edición revisada. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁶³ Cañellas S, Perez de la Paz J, Noguer I, Villaamil F, García Berrocal ML, de la Fuente L, Belza MJ, Castilla J. Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74:25-32.
- ⁶⁴ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Monitoratge de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homes homosexuals i en usuaris de drogues per via parenteral. Document tècnic n° 11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2000.
- ⁶⁵ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Monitoratge de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homes homosexuals i en usuaris de drogues per via parenteral. Document tècnic n° 11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2000.
- ⁶⁶ Van de Ven P, Kippax S, Knox S, Prestage G, Crawford J. HIV treatments optimism and sexual behaviour among gay in Sydney and Melbourne. *AIDS* 1999;13:2289-2294.
- ⁶⁷ Grupo para el estudio de Seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de consultas de ETS. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:211-213.
- ⁶⁸ Belza MJ, Llácer A, Mora R, Castilla J, de la Fuente L, Cañellas S, *et al*. Características sociales y conductas de riesgo para el VIH en un grupo de travestis y transexuales que ejercen la prostitución en la calle. *Gac Sanit* 2000;14:330-337.
- ⁶⁹ Vioque J, Hernández-Aguado I, Fernández García E, García de la Hera M, Alvarez-Dardet C. Prospective cohort study of female sex workers and risk of HIV in Alicante, Spain (1986-96). *Sex Transm Inf* 1998;74:284-288.
- ⁷⁰ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de casos de sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000. <http://www.msc.es/sida>
- ⁷¹ Elementos para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas en prisiones. Ministerio de Sanidad y Consumo/ Ministerio del Interior. Madrid, 2000. <http://www.msc.es/sida>
- ⁷² La infección por VIH en instituciones penitenciarias: antecedentes, evolución y situación actual. Informe de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. Madrid, 2000.
- ⁷³ La infección por VIH en instituciones penitenciarias: antecedentes, evolución y situación actual. Informe de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior. Madrid, 2000.

-
- ⁷⁴ European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2000. 2000, N° 63. <http://www.ceses.org>.
- ⁷⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de casos de sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁷⁶ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Estudio ANR en mujeres. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996.
- ⁷⁷ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de casos de sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁷⁸ Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de consultas de ETS. Seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998-1999. Estudio anónimo no relacionado. Bol Epidemiol Semanal 2000; 8:157-160.
- ⁷⁹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁸⁰ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de casos de sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁸¹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Estudio ANR en recién nacidos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
- ⁸² Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones del CAC nº 3, 4 y 5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1995 y 1996. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁸³ Asociación Española de Pediatría, Plan Nacional sobre el Sida y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por VIH en la mujer embarazada. Recomendaciones de GESIDA-SEIMC. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2001. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁸⁴ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Informe sobre las actividades de prevención de las comunidades autónomas 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁸⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Prevención de la infección por VIH en el marco asistencial. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁸⁶ Castilla J, Noguera I, Belza MJ, del Amo J, Sánchez F, Guerra L. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH? Atención Primaria (en prensa).
- ⁸⁷ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Informe sobre las actividades de prevención de las comunidades autónomas 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁸⁸ Actuación en prevención de la infección por el VIH en atención primaria. Dirección Territorial del INSALUD-Comunidad de Madrid. Madrid, 1999.
- ⁸⁹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones del CAC nº 3, 4 y 5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1995 y 1996. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁹⁰ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del VIH y otros virus transmisibles por sangre, VHB y VHC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁹¹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos. Prevención de la Infección por VIH, VHB y otros virus de transmisión sanguínea en Odontología. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁹² CEESCAT / GESIDA / Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Guía de actuación para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁹³ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta de consumo de recursos hospitalarios 1995-1998. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
- ⁹⁴ Grupo asesor de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. El hospital de día en la atención de los pacientes con infección por VIH/sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998. <http://www.msc.es/sida>.
- ⁹⁵ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta de consumo de recursos hospitalarios 1995-1998. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.
- ⁹⁶ Actuación en prevención de la infección por el VIH en atención primaria. Dirección Territorial del INSALUD- Comunidad de Madrid. Madrid, 1999.

⁹⁷ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Consejo Asesor Clínico. Control de la tuberculosis en relación con la epidemia de infección por VIH/sida, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999. <http://www.msc.es/sida>.

⁹⁸ Grupo de estudio del taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001. <http://www.msc.es/sida>.

⁹⁹ Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Las resistencias a los fármacos antirretrovirales: utilización de los tests en la práctica asistencial. Informe. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000. <http://www.msc.es/sida>.

¹⁰⁰ OIT. HIV/AIDS and employment. N'Daba L y Hodges-Aeberhard J. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, 1998.

¹⁰¹ OMS-OIT. Statement from the Consultation on AIDS and the Workplace. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, 1998.

¹⁰² OIT. HIV/AIDS and employment. N'Daba L y Hodges-Aeberhard J. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, 1998.

¹⁰³ OIT. HIV/AIDS and employment. N'Daba L y Hodges-Aeberhard J. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, 1998.

¹⁰⁴ <http://www.gesidaseimc.com>

¹⁰⁵ <http://www.fipse.com>