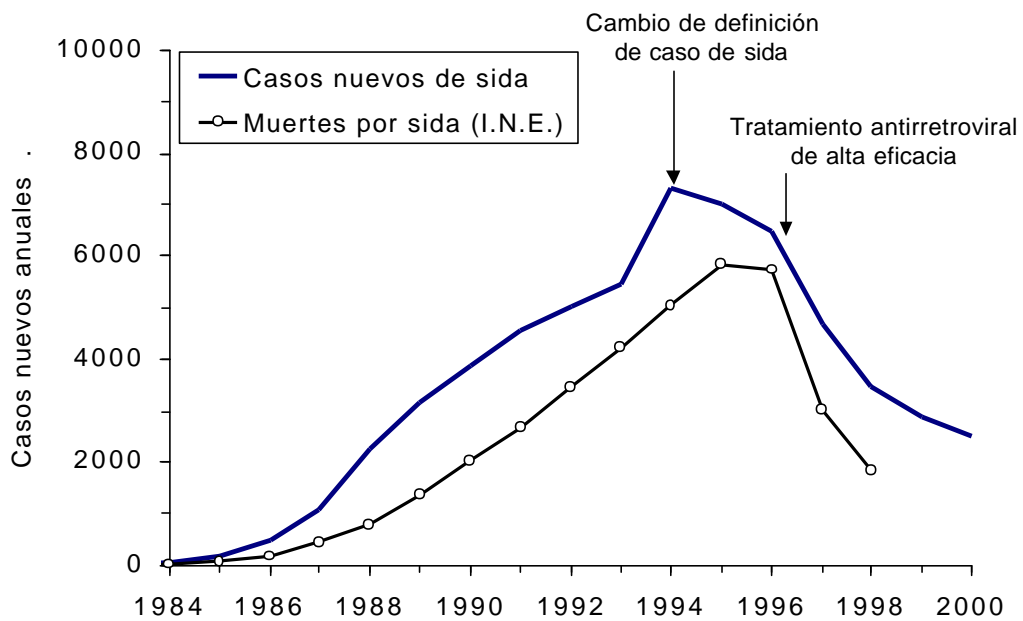


**PLAN DE MOVILIZACIÓN MULTISECTORIAL FRENTE AL VIH/SIDA
ESPAÑA 1997-2000
EVALUACIÓN**

Madrid, 14 de abril, 2001



ÍNDICE

Resumen	3
Presentación	4
Introducción	6
Capítulo 1	Coordinación interinstitucional.....	9
Capítulo 2	Prevención.....	13
	Prevención en la población general.....	13
	Prevención en jóvenes y adolescentes.....	15
	Prevención en usuarios de drogas por vía parenteral.....	17
	Prevención en hombres con prácticas homo o bisexuales..	20
	Prevención en personas que trabajan en la prostitución.....	22
	Prevención en mujeres.....	24
	Prevención en prisiones.....	26
	Prevención de la transmisión perinatal.....	28
	Prevención en el medio sanitario.....	30
Capítulo 3	Lucha contra la discriminación.....	32
Capítulo 4	Vigilancia epidemiológica.....	34
Capítulo 5	Asistencia sanitaria y servicios sociales.....	36
Capítulo 6	Formación.....	39
Capítulo 7	Investigación.....	40
Capítulo 8	Participación ciudadana.....	41
Capítulo 9	Financiación.....	43
Capítulo 10	Perspectivas para el futuro.....	44
Anexo	Cuaderno de indicadores.....	47

RESUMEN

El análisis de la implantación de las medidas de prevención de la transmisión del VIH emprendidas en estos años en España, permite concluir que ha habido un desarrollo notable de las acciones de prevención dirigidas a los colectivos más vulnerables, y que se ha avanzado en el tratamiento y seguimiento de las personas afectadas al paso que avanzaban los conocimientos científicos.

No obstante, la infección por VIH/sida sigue siendo un problema de salud pública de primera magnitud en España, ya que, aunque disminuyen los nuevos casos de sida y las nuevas infecciones, éstas últimas y la disminución de la mortalidad hacen que siga incrementándose el número de personas vivas infectadas y, en consecuencia, los recursos necesarios para atenderlas.

Los nuevos tratamientos antirretrovirales han producido cambios radicales en las características de la epidemia que exigen la puesta en marcha de nuevas medidas, pero la única estrategia efectiva contra la extensión de la epidemia continúa siendo la prevención. Se han identificado nuevos ámbitos de actuación que requieren especial atención en el futuro inmediato, ya sea por su relevancia creciente o por necesitar respuestas aún no bien definidas. Entre ellos destacan la captación de poblaciones de difícil acceso, el papel de los mediadores y el trabajo en redes, la detección precoz de las prácticas de riesgo y de la infección por VIH entre los colectivos más vulnerables y la población general, así como las intervenciones preventivas individualizadas, especialmente desde el medio sanitario, y la promoción de medidas para mejorar la adherencia al tratamiento y a las medidas de prevención y, finalmente, la reinserción sociolaboral. Dar respuesta a estas nuevas necesidades exige nuevas inversiones, además de asegurar la sostenibilidad de los programas e intervenciones de prevención existentes.

PRESENTACIÓN

Como se ha dicho muchas veces, el sida ha sido un catalizador social y sanitario de una magnitud que supera a la de cualquier otra enfermedad del pasado siglo y trasciende su ámbito propio. El sida puso en evidencia contradicciones, --por poner un ejemplo, en el tratamiento de las toxicomanías--, carencias, --en particular en los servicios sociales-- y temores --generadores de actitudes discriminatorias--, pero, por encima de todo, desigualdades. Aún ahora, veinte años después de la aparición de la epidemia, es el tratamiento del sida el que ha puesto en cuestión el conflicto entre las patentes y el acceso de los países pobres a medicamentos esenciales.

Afortunadamente, también ha servido para desencadenar mejoras. En muchos casos la reacción de la sociedad y de la administración ante la epidemia ha tenido consecuencias muy positivas y, sobre todo, innovadoras. En el caso del Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otros cambios, ha supuesto una apuesta sin precedentes por la prevención, que ha recibido la prioridad que merecía como problema de salud pública. Esta prioridad se materializó en un importante incremento del presupuesto al aprobarse el Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/sida 1997-2000, cuya evaluación se presenta en este documento.

Esta evaluación nos muestra aspectos en los que se puede afirmar que hemos avanzado, pero también otros que aún requieren un esfuerzo mayor. El curso de la epidemia de VIH/sida en los últimos años en España puede considerarse favorable. Gracias a las medidas de prevención están reduciéndose las nuevas infecciones y, gracias a los tratamientos con los nuevos antirretrovirales, ha caído marcadamente el número de casos de sida y de fallecimientos por esta causa. Sin embargo, esto no significa que la magnitud de la epidemia se esté reduciendo, puesto que se siguen produciendo nuevas infecciones cada día y el número de personas que viven con el VIH es cada día mayor debido al aumento de la supervivencia.

El Plan Multisectorial articulaba su acción principalmente sobre dos ejes, el autonómico y el intersectorial. Ahora podemos decir que esta transversalidad ha sido uno de sus mayores aciertos y que se mantendrá en el futuro. El enorme crecimiento de los programas y actividades de prevención que se ha producido en estos años no hubiera sido posible sin la colaboración de las otras administraciones, instituciones y organizaciones no gubernamentales interesadas, y en particular, de aquéllas representadas en la Comisión Nacional. A todas ellas dedico mi agradecimiento y esta evaluación, que debe ayudarnos a decidir conjuntamente sobre las estrategias para el futuro.

LA DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

INTRODUCCIÓN

El Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/sida 1997-2000, aprobado por la XII Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención de Sida el 19 de diciembre de 1997, definió la estrategia del Plan Nacional sobre el Sida y confirmó la prioridad asignada por el Gobierno a la prevención, intentando que la magnitud de las actividades se acercara a la dimensión excepcional que el problema tenía en España.

Esto ha permitido un cambio sustantivo en la extensión y el desarrollo de los programas de reducción de los riesgos y daños asociados al uso de drogas por vía parenteral. Sin duda éste ha sido el principal logro de estos años, porque ha contribuido a que la administración y, por ende, los servicios sanitarios, acepten al toxicómano como individuo con plenitud de derechos también en cuanto a la protección de su salud, facilitando así el camino de la integración y no únicamente la prevención de la infección por el VIH. Aunque en menor medida, ha aumentado también la actividad destinada específicamente a jóvenes, las campañas, los programas educativos en el ámbito escolar y el fomento del uso del preservativo. Las intervenciones preventivas dirigidas a otros colectivos especialmente vulnerables a la infección, -como los homosexuales o las personas que trabajan en la prostitución-, contaban ya con cierto desarrollo antes de la puesta en marcha de este Plan, gracias sobre todo a la actividad de las ONGs, y han seguido extendiéndose en estos años.

El Plan Multisectorial se planteó con la finalidad de potenciar y ampliar las acciones contra el sida y de servir como herramienta para movilizar recursos y facilitar el apoyo técnico y económico a los programas y actividades de prevención desarrollados por otras administraciones u organizaciones públicas o privadas. Esta transversalidad ha sido quizá el mayor condicionante de nuestro trabajo, pero también el más enriquecedor y el que ha brindado mejores resultados. No ha sido una mera distribución de fondos. Al equipo de la Secretaría le ha exigido trabajar siempre de forma consensuada con los demás implicados, y esto obliga a un mayor esfuerzo. Las tareas de coordinación que nos corresponden se han sostenido gracias al trabajo en equipo y al esfuerzo de cada uno por mantenerse al día desde el punto de vista técnico y científico. La respuesta ha sido enormemente positiva por parte de los distintos departamentos ministeriales, los planes de sida autonómicos y demás organizaciones representadas en la Comisión Nacional, así como muchas otras implicadas en actividades preventivas. Sirva de ejemplo el cambio radical que ha tenido lugar en la prevención y seguimiento de la infección por VIH en los centros penitenciarios a lo largo de estos años.

Con las ONGs se planteó como objetivo potenciar su actividad, apoyándolas técnica y financieramente, pero sin delegar ni renunciar a aquellas responsabilidades que corresponden a la administración. Sin las asociaciones, su credibilidad y su enorme capacidad de trabajo, los servicios públicos no hubieran podido alcanzar a determinadas poblaciones marginales y de difícil acceso. Pero, sin dejar de reconocer el papel esencial que corresponde a las ONGs, tanto directamente como interviniendo como mediadoras, se ha procurado siempre orientar las actividades hacia la normalización e integración en la red sociosanitaria, aunque todavía será necesario un mayor esfuerzo. Finalmente, el respeto por las libertades individuales y el reconocimiento de su responsabilidad en la prevención de la transmisión del VIH han informado en todo momento nuestra tarea.

Aunque es difícil resumir el balance definitivo en unas pocas cifras, todos los indicadores básicos convergen en la misma dirección: sobre todo los casos de sida, pero también la incidencia de infección por VIH y las conductas de riesgo en los colectivos más vulnerables, han disminuido de forma muy expresiva, aunque en distinta medida. En esta evolución está claro que no todo es atribuible al incremento de las actividades de prevención, ya que otros factores, básicamente los nuevos tratamientos, han tenido un importante papel, pero no cabe duda de que la extensión de las intervenciones preventivas, reflejada patentemente en los indicadores de proceso, habrá contribuido a la evolución favorable de la epidemia. Estas intervenciones han estado respaldadas también por el conocimiento acumulado de las medidas de prevención que ha ido adquiriendo la sociedad como fruto de la intervención de los medios de comunicación social. Pero esta evolución favorable lo es sobre una epidemia que tuvo tales dimensiones en España, que no dejará de ser un problema en mucho tiempo, por lo que se tendrá que seguir haciendo un esfuerzo más importante que en la mayoría de los países occidentales.

Al abordar la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, junto con las comunidades autónomas, la evaluación del Plan Multisectorial, se ha optado por un enfoque global, tomando en consideración los rasgos más significativos tanto del proceso como de los resultados. Coherentemente con la prioridad que el propio Plan le otorga, la evaluación se concentra en la prevención, y aborda los demás aspectos cuando son necesarios para contextualizar los cambios que se han producido en estos años. No pretende ser exhaustiva, sino una interpretación bastante libre de los indicadores del Plan a la luz de los objetivos previstos inicialmente, tratando de destacar las principales actividades y cambios producidos, y esbozando unas recomendaciones que constituyan la base para diseñar el plan de los próximos cinco años. El Plan 1997-2000 preveía evaluar la medida en que se alcanzaban sus objetivos específicos mediante una serie de indicadores, cuya evolución se ha ido publicando periódicamente a lo largo del período de vigencia del Plan. Su última revisión data de diciembre del 2000 y constituye un documento indisoluble de éste, por lo que se incluye como anexo. La mayoría de los

datos se han reunido con la colaboración de las comunidades autónomas, pero también muchas otras instituciones han aportado información. Las fuentes se referencian en cada uno de los indicadores. A todos ellos nuestro agradecimiento.

EL SECRETARIO DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

CAPÍTULO 1 COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

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 VIH/sida.
- Establecer instrumentos de medida consensuados para valorar los progresos alcanzados en la consecución de los objetivos correspondientes a cada uno de los sectores implicados.
- Incrementar el nivel de información de los miembros de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida acerca de las actividades llevadas a cabo por cada uno de ellos.

El Plan 1997-2000 consideraba elemento esencial para mejorar la efectividad de las acciones el aumento de la coordinación interdepartamental e interautonómica. En los cuadros de los siguientes apartados se observa en cifras la evolución y la magnitud de algunas de las actividades desarrolladas. Estos cuadros, no obstante, sólo reflejan parcialmente el importante esfuerzo y el trabajo aportado por cada una de las administraciones y organizaciones, cuyas actividades se han descrito con mayor detalle en las memorias anuales del Plan Nacional sobre el Sida. La evaluación se resume en términos de cooperación con las comunidades autónomas mediante la transferencia de fondos y con los demás sectores implicados mediante la suscripción de acuerdos de colaboración. Las principales actividades y los resultados se comentan en cada uno de los capítulos de este documento.

Transferencia de fondos a las comunidades autónomas

Anualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo ha transferido fondos a las comunidades autónomas de régimen hacendístico común con objeto de desarrollar actividades destinadas a la prevención de la infección por VIH, de acuerdo con los siguientes criterios de distribución:

- mínimo a cada comunidad autónoma de 10 millones de pesetas
- 50% de la subvención en relación a los casos de sida en cada comunidad autónoma
- 50% en relación a la población total de cada comunidad autónoma.

El Plan Multisectorial indicaba la necesidad de buscar la corresponsabilización en la lucha contra el VIH/sida, señalándose como deseable que las comunidades y ciudades autónomas incrementaran asimismo el presupuesto destinado a este fin en, al menos, el 50% de la aportación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

A partir de 1998, y como consecuencia del inicio de esta transferencia de fondos, el apoyo al movimiento asociativo de ámbito autonómico, provincial o local, para la realización de programas de prevención del VIH, pasó a ser responsabilidad de cada comunidad autónoma, quedando las ayudas del Ministerio de Sanidad y Consumo destinadas únicamente a las organizaciones no gubernamentales de ámbito estatal, con la excepción de proyectos que, por su carácter innovador, pudieran considerarse de interés nacional. Las cantidades transferidas figuran en la tabla 1.

Tabla 1 - Fondos transferidos a las CCAA (pesetas), 1997-2000

	1997	1998	1999	2000
Andalucía	-	118.058.390	116.372.213	121.815.413
Aragón	-	24.919.603	26.567.043	25.293.781
Asturias	-	25.050.232	24.177.384	23.264.819
Baleares	-	25.720.142	25.497.845	27.477.213
Canarias	-	32.116.060	31.728.493	32.956.214
Cantabria	-	16.895.891	17.032.230	17.356.437
Castilla-La Mancha	-	30.054.398	29.638.560	29.478.558
Castilla Y León	-	43.089.216	43.903.924	42.313.843
Cataluña	-	130.004.859	124.077.779	126.398.039
Ceuta	-	11.735.718	11.891.478	11.831.001
Extremadura	-	22.416.099	24.531.079	24.661.661
Galicia	-	49.003.150	50.733.954	49.104.403
Madrid	-	125.832.894	125.176.692	128.692.021
Melilla	-	10.910.996	10.947.888	11.026.099
Murcia	-	24.938.536	26.704.844	26.141.563
La Rioja	-	14.556.156	14.224.466	14.252.169
Com. Valenciana	-	64.697.660	66.793.728	73.336.766
TOTAL	-	770.000.000	770.000.000	785.400.000

Cada año, la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida ha consensuado las áreas prioritarias a las que cada comunidad autónoma destinaría estos fondos, adaptando las actividades a sus necesidades y a los recursos propios de que disponen. Estas áreas de prevención prioritarias han variado muy poco a lo largo de estos años, y son: 1) Prevención en usuarios de drogas por vía parenteral; 2) Sida y jóvenes; 3) Prevención de la transmisión sexual del VIH en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales; 4) Promoción del uso del preservativo; 5) Prevención en los y las profesionales del sexo; 6) Detección precoz de la infección por VIH y de prácticas de riesgo; 7) Mujer y sida; 8) Prevención de la transmisión del VIH entre inmigrantes y 9) Vigilancia epidemiológica de la infección.

La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) recoge anualmente las actividades desarrolladas por las comunidades autónomas, tanto con los fondos transferidos como con los propios, a través del cuestionario de actividades de prevención. En esta información destaca que en 1997-2000 se ha producido un incremento importante de los recursos económicos de las comunidades autónomas destinados a la prevención, no sólo procedentes de las transferencias, sino de los recursos propios, que han aumentado en un 30%. Entre las intervenciones a las que se han destinado, destaca la extensión y diversificación de los programas de reducción de daños a lo largo de los años de desarrollo del Plan. Se ha avanzado también en la normalización del uso del preservativo y menos en el desarrollo de programas dirigidos a prevenir la transmisión sexual del VIH en los colectivos más vulnerables a la

infección y, especialmente, entre los jóvenes. Los indicadores reflejan este mismo panorama.

Acuerdos de colaboración

El segundo mecanismo de articulación de la cooperación de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida con otros departamentos e instituciones son los acuerdos de colaboración anuales (tabla 2). Este procedimiento permite a los distintos miembros de la Comisión Nacional desarrollar las acciones preventivas que le corresponden en poblaciones especialmente vulnerables en las que, de otro modo, el Ministerio de Sanidad y Consumo tendría dificultades para intervenir. Además, los distintos organismos e instituciones aportan sus infraestructuras, su personal, sus redes de actuación y su conocimiento de la población en la que se pretende intervenir.

Tabla 2 - Evolución de los fondos destinados a la colaboración con otros departamentos, instituciones u organizaciones en materia de prevención y control de la infección por el VIH 1997-2000 (en millones de pesetas)

	1997	1998	1999	2000
Dirección Gral de Instituciones Penitenciarias	-	40	65	120
Plan Nacional sobre Drogas	-	45	50	40
Consejo de la Juventud de España	-	10	20	40
Instituto de la Mujer*	3,95	4,72	4,72	4
Consejo Gral Colegios Oficiales Farmacéutico	2,5	8	12,85	9,75
Ministerio de Educación, Cultura y Deporte	-	65	59	48,25
Fundación La Caixa	-	-	-	-
Ministerio de Defensa	-	15	15	15
Instituto de Salud Carlos III	44	59	66,8	68
Sociedad Española de Microbiología-GSIDA	-	-	12	12
Organización Médica Colegial	-	-	-	10
TOTAL	50,45	246,72	305,37	367

*Fondos aportados por el Instituto de la Mujer

Al igual que en el caso de las actividades de las comunidades autónomas, los programas desarrollados como consecuencia de los acuerdos de colaboración se han presentado en detalle cada año en la memoria anual del Plan Nacional sobre el Sida y, se comentan en los apartados siguientes según la población a la que van dirigidos.

Desde la aprobación del Plan Multisectorial se pusieron en marcha los mecanismos de recogida de datos necesarios para cumplimentar los indicadores, habiéndose consensuado previamente los más significativos de entre ellos. Estos indicadores se han actualizado anualmente y, junto con las memorias anuales y el informe sobre actividades de prevención han permitido difundir la información acerca de las actividades llevadas a cabo por cada uno de ellos a los demás miembros de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida.

Recomendaciones

Reforzar la colaboración y el compromiso de las distintas instituciones y organizaciones que desempeñan tareas dirigidas a frenar la progresión y el impacto de la infección por el VIH.

Elaborar instrumentos simplificados de recogida de información sobre las actividades desarrolladas por las CCAA que permitan el intercambio de información y la evaluación.

Facilitar la colaboración y el intercambio de información con las CCAA mediante actividades conjuntas descentralizadas.

CAPÍTULO 2 PREVENCIÓN

PREVENCIÓN EN LA POBLACIÓN GENERAL

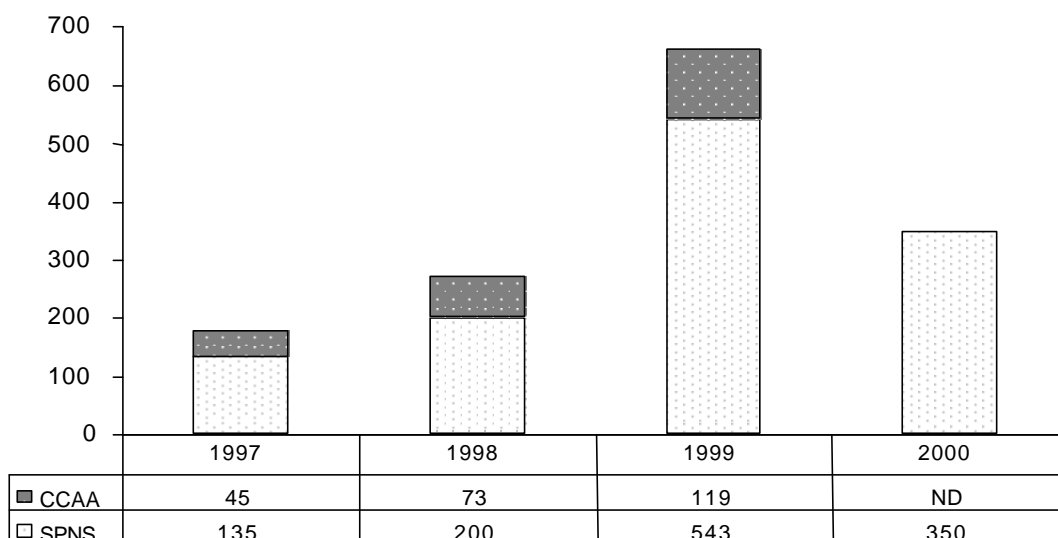
OBJETIVOS

- Mantener e incrementar el grado de información de la población sobre la infección por VIH/sida y las conductas que favorecen su transmisión.
- Promover conductas sexuales saludables, favoreciendo el uso del preservativo como medida de prevención de la infección por VIH.
- Favorecer la aceptación ciudadana hacia los programas y medidas de prevención de la infección, de forma especial las dirigidas a los colectivos más vulnerables.

La SNPS ha realizado anualmente campañas de información/ sensibilización dirigidas a la población general, incrementando progresivamente los recursos destinados a ellas, al igual que las comunidades autónomas (gráfico 1).

GRÁFICO 1 - PRESUPUESTO DESTINADO A CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN SOBRE VIH/SIDA A POBLACIÓN GENERAL. CCAA Y SPNS, 1997-2000.

Fuente: Cuestionario de actividades de prevención de las CCAA.



Los temas abordados han sido la promoción del sexo seguro y del uso del preservativo, la promoción del diálogo sobre sexualidad entre padres e hijos como forma de prevenir la infección por VIH y la normalización y aceptación de los

programas y medidas de prevención de la infección entre usuarios de drogas por vía parenteral. Cada año, desarrollando el tema designado por ONUSIDA, se ha conmemorado el Día Mundial del Sida, en el que participan activamente las distintas administraciones, instituciones y ONGs de todo el país, con gran repercusión en los medios de comunicación.

A través de la colaboración con el Ministerio de Defensa se ha realizado un amplio programa de formación continuada y actualización en VIH/sida destinada a los profesionales de la sanidad militar e información a la tropa y a los militares desplazados, incluyendo la distribución de preservativos.

Según los datos del barómetro sanitario de 1998 la mayoría de la población, especialmente los jóvenes, conoce los mecanismos de transmisión, aunque siguen manteniéndose algunos conceptos erróneos. Estos datos son claramente insuficientes. En España no existe hasta ahora ningún sistema de monitorización de los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales que permita un seguimiento adecuado de los mismos.

No se ha desarrollado hasta el momento ninguna actividad de promoción de la detección precoz de la infección entre la población general.

Recomendaciones

En España, parece percibirse una cierta saturación de información sobre el sida en la población general, incluso entre los jóvenes y los profesionales sanitarios. No obstante, es importante recordar que la extensión de la epidemia en España es mucho mayor que en otros países afines, y por tanto, si una persona realiza prácticas de riesgo, la probabilidad de que se infecte es también mayor, por lo que debe mantenerse la prevención de la infección por el VIH entre las prioridades sanitarias.

Debe aumentarse la percepción de riesgo individual y promocionarse la detección precoz de la infección.

Existe una importante carencia de información sobre las conductas sexuales de riesgo para el VIH y otras ETS en la población general. Debe ampliarse la información disponible sobre uso del preservativo, prácticas de riesgo y factores condicionantes.

PREVENCIÓN EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

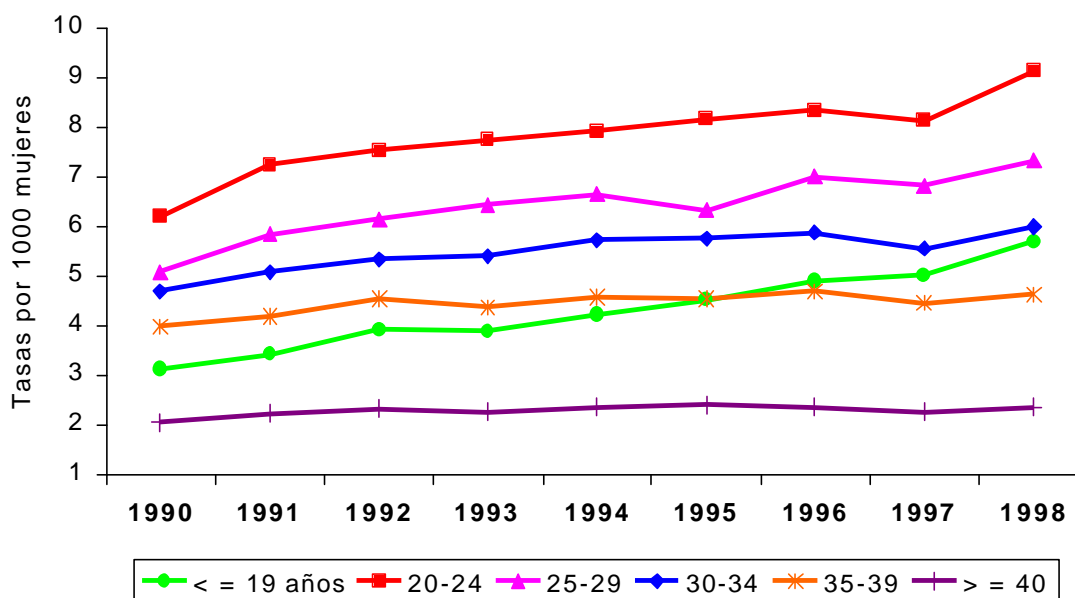
OBJETIVOS

- Informar y educar a los jóvenes y adolescentes sobre el VIH/sida y sus mecanismos de transmisión y prevención.
- Promover el aprendizaje de habilidades para el desarrollo de conductas sexuales saludables.
- Fomento de la utilización del preservativo.
- Estimular las intervenciones para la prevención del sida en la escuela, dentro de un marco general de educar en valores y específicamente en educación para la salud.
- Mejorar la colaboración entre los profesionales de la salud y los de educación para el desarrollo de programas de educación afectivo sexual.
- Aumentar la coordinación de las acciones de instituciones privadas y públicas que desarrollan actividades de prevención del VIH/sida en jóvenes y adolescentes.

El futuro de la epidemia depende en gran medida de la educación de los niños y adolescentes en las escuelas y, probablemente, constituye hoy en España la principal asignatura pendiente. La evolución de los embarazos no deseados que terminan en aborto en adolescentes y jóvenes expresa con suficiente dramatismo esta carencia (gráfico 2).

**GRÁFICO 2 - TASAS DE IVE SEGÚN GRUPOS DE EDAD
ESPAÑA, 1990-1998**

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo



Diversas comunidades autónomas han desarrollado campañas innovadoras de promoción y normalización del uso del preservativo dirigidas específicamente a jóvenes, y en algún caso se han enmarcado en un programa integral, abarcando la

educación sexual, los conocimientos y habilidades para el uso del preservativo y facilitando su acceso y compra. En la Comunidad de Madrid se han instalado por primera vez máquinas expendedoras de preservativos en los institutos, en el contexto de un programa en el que participan numerosos ayuntamientos e instituciones, farmacias y escuelas.

La prevención en jóvenes fuera de la escuela ha contado con la colaboración del Consejo de la Juventud de España (CJE) desde 1998. Fundamentándose en los principios de la educación entre iguales y la participación de los jóvenes, se han realizado numerosas intervenciones educativas en ámbitos juveniles de ocio y una campaña de promoción del uso del preservativo que ha durado tres años y se ha difundido en conciertos, fiestas locales y otras actividades, con el apoyo de las 72 organizaciones juveniles pertenecientes al CJE.

Pero la implantación en la escuela de programas de educación afectivo-sexual que integren la prevención del VIH ha tenido un desarrollo escaso en estos años y presenta un mapa de cobertura irregular y, salvo excepciones, netamente insuficiente. A través de la colaboración con el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte se han desarrollado en estos últimos años actividades de formación continuada y sensibilización del profesorado. En 1999 se ha iniciado una línea de trabajo con la Fundación La Caixa, con el fin de aprovechar su experiencia en educación sexual desde la comunidad escolar. Con el diálogo padres-hijos como motivo, se ha difundido el material educativo de apoyo preparado para profesores y para padres y madres, se han realizado actividades de formación, una campaña en televisión y otros medios de comunicación y se ha creado una página web interactiva especialmente diseñada para jóvenes.

La SPNS ha colaborado con el Instituto de la Juventud de España en su encuesta nacional cuatrienal sobre jóvenes, incluyendo en la misma variables relacionadas con conductas sexuales y uso de medidas de prevención del VIH, de las que no existe apenas información ahora.

Recomendaciones

A medida que avanza la historia de la epidemia, las actividades de prevención del VIH en jóvenes deben orientarse bajo un enfoque más global de promoción de la salud sexual, educación sexual en la escuela y promoción de las capacidades comunicativas y habilidades de uso de medidas preventivas.

La prevención en jóvenes debe trabajar los elementos específicos de género, tener en cuenta la multiculturalidad e involucrar a los propios jóvenes en los proyectos.

Debe contarse con más información, y de mayor calidad, que permita monitorizar la dimensión de la infección y los cambios en las conductas sexuales de riesgo entre los jóvenes.

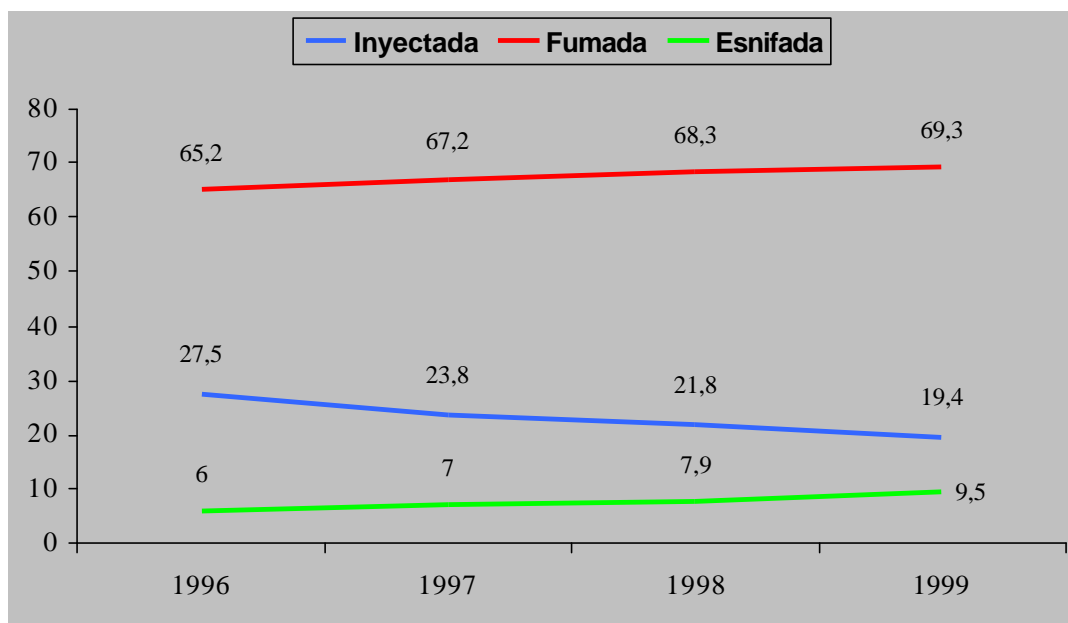
PREVENCIÓN EN USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL

OBJETIVOS

- Disminuir las prácticas de riesgo entre los UDVP, tanto de inyección (uso de la vía inyectada y uso compartido del material de inyección) como sexuales.
- Aumentar la oferta y la accesibilidad a los programas de atención a drogodependientes, tanto a los libres de drogas como a los de reducción del riesgo (programas de tratamiento con agonistas opiáceos, de intercambio de jeringuillas y *outreach*), hasta cubrir la demanda existente y captar a todos los pacientes con conductas de riesgo para la infección por VIH.
- Aumentar la coordinación entre los servicios especializados de atención a drogodependientes y la red sanitaria general.

Las prácticas de inyección de riesgo entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) han evolucionado favorablemente en estos años. El uso de la inyección como principal vía de administración ha seguido reduciéndose, pasando de un 28% en 1996 a un 19% en 1999 (gráfico 3), aunque con gran variabilidad geográfica. Aunque los datos disponibles no permiten afirmarlo con seguridad, los distintos estudios parecen indicar con claridad una disminución en la frecuencia de uso compartido de material de inyección. Sin duda ha contribuido a ello el enorme crecimiento, de más del 120%, experimentado por los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) en España, que ha pasado de tener 441 unidades de intercambio en 1996 a 984 en 1999, distribuidas por todas las comunidades autónomas. En 1998, el estudio PESESUD ha puesto de manifiesto algunos datos interesantes acerca de la evolución de estos programas en España desde 1996: aumento de la participación de usuarios y exusuarios de drogas, implementación de PIJs en prisiones, incremento de la participación de trabajadores de acercamiento y notable extensión de los PIJ en centros sanitarios, principalmente a expensas de la colaboración de las farmacias (aproximadamente tres cuartas partes de las unidades de intercambio, aunque distribuidas de forma desigual entre comunidades autónomas). En 1998 se suscribió un convenio tripartito entre la SPNS, el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio del Interior y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para la promoción de la prevención del VIH/sida y la dispensación de metadona en oficinas de farmacia. Esta colaboración, junto con las comunidades autónomas, ha permitido formar a un elevado porcentaje de los farmacéuticos y auxiliares de farmacia sobre estrategias de reducción de los riesgos asociados al uso inyectado de drogas e incrementar enormemente la participación de las farmacias en este tipo de programas, siguiendo el modelo iniciado en la Comunidad Autónoma Vasca en 1987. En estos años, los farmacéuticos han dejado de ver al UDVP como una amenaza para su negocio, para pasar a desempeñar una valiosísima función como agentes de salud, configurando una red de prevención de VIH extensa, profesionalizada y de bajo coste.

GRÁFICO 3 - DISTRIBUCIÓN DE LOS ADMITIDOS POR PRIMERA VEZ A TRATAMIENTO POR HEROÍNA, SEGÚN VÍA ADMINISTRACIÓN DE DICHA DROGA, 1996-1999. Fuente: OED, Informe nº 4



Al igual que los PIJ, los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos han crecido espectacularmente en estos años. Los usuarios de este tipo de tratamiento han pasado de aproximadamente 29.000 en 1995 a más de 72.000 en 1999, sin contabilizar las prisiones. Desde 1998, la tasa de consumo de metadona por 100,000 habitantes en España es la más elevada del mundo.

La evolución de las prácticas sexuales de riesgo entre UDVPs no ha sido ni mucho menos tan satisfactoria. Los datos existentes siguen indicando que el uso sistemático del preservativo en sus relaciones sexuales no alcanza el 50% de los UDVP. La SPNS y el Plan Nacional sobre Drogas han desarrollado un plan de formación escalonada, con material de apoyo específico y evaluado, de talleres de sexo seguro y de consumo de menos riesgo para consumidores de drogas. A lo largo de sus tres años de duración se han formado alrededor de 700 profesionales sanitarios de centros de atención a drogodependientes, que a su vez han formado a otros profesionales y mediadores de forma descentralizada, que han llevado a cabo un número importante de talleres con los propios usuarios. El programa se encuentra en etapa de evaluación.

Recomendaciones

Los programas de reducción de daños asociados al consumo inyectado de drogas deben continuar desarrollándose, tendiendo a integrarse en los servicios normalizados de atención a drogodependientes, como parte de una oferta sanitaria integral de calidad.

Deben desarrollarse programas específicos para aquellos usuarios de drogas de difícil acceso, intensificando la participación de mediadores y promoviendo la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias de acercamiento a poblaciones ocultas de usuarios que no contactan con los servicios existentes (servicios de acogida que cubran las necesidades básicas de los usuarios, salas de venopunción higiénica, prescripción de heroína).

Intensificar las actividades de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de infecciones asociadas al consumo de drogas, hepatitis, tuberculosis y ETS además de VIH, desde los centros y programas de atención a drogodependientes.

Debe prestarse especial atención a la prevención de la transmisión sexual del VIH, desarrollando programas para parejas serodiscordantes e intensificando las actividades de prevención en los infectados.

Las actividades de prevención han estado centradas en los UDVPs, pero deben extenderse también a las personas que consumen sustancias psicoactivas por otras vías, dado el incremento del riesgo en las relaciones sexuales, por pérdida del control tras la toma de alcohol u otras drogas.

PREVENCIÓN EN HOMBRES CON PRÁCTICAS HOMOSEXUALES O BISEXUALES

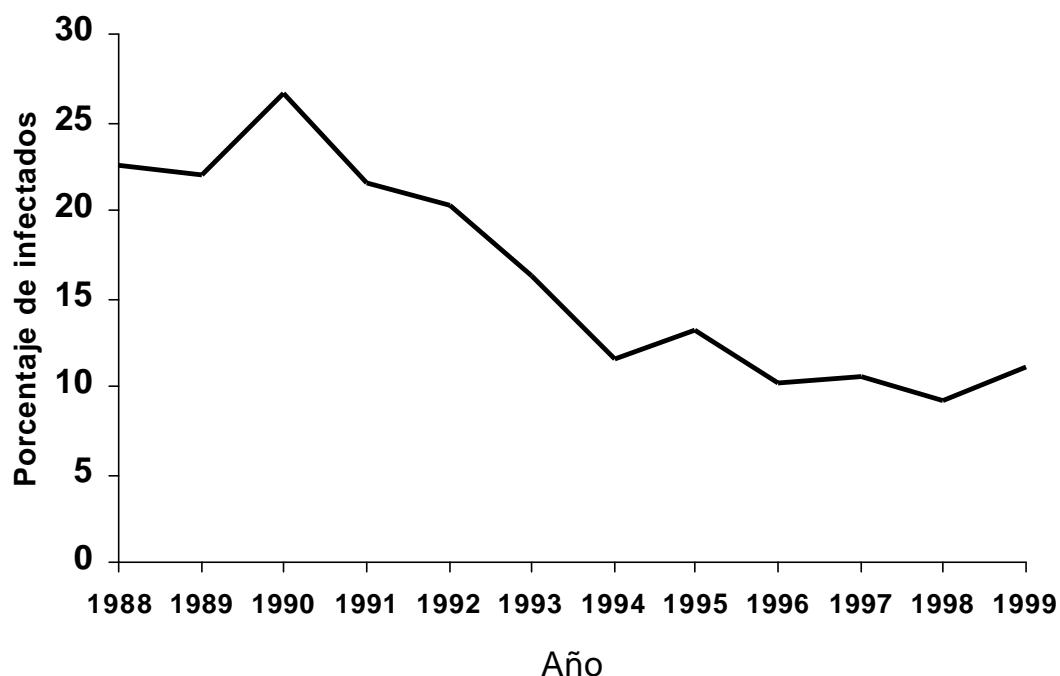
OBJETIVOS

- Incrementar el nivel de información sobre prevención de la infección por VIH entre la población masculina con prácticas homosexuales.
- Promover prácticas de sexo seguro, fomentando también el uso del preservativo en este grupo de población.
- Mejorar la coordinación entre las distintas administraciones y las asociaciones de gays y lesbianas.

El número de comunidades autónomas –aproximadamente la mitad-, con programas específicos para hombres con prácticas homosexuales prácticamente no se ha modificado en todos estos años. Si bien es cierto que este colectivo fue el que más avanzó en en la realización de programas y en la adopción de prácticas sexuales más seguras en años anteriores a este Plan, y que es un grupo generalmente bien informado, la prevalencia de infección no parece ya descender de forma tan acusada (gráfico 4), y algún estudio señala un aumento en la

GRÁFICO 4 - SEROPREVALENCIA DE VIH EN HOMBRES CON PRÁCTICAS HOMOSEXUALES

Proyecto EPI-VIH: resultados de nueve clínicas de ETS



incidencia de seroconversiones, quizá por una disminución de la percepción de riesgo de infección. Relacionado con ésta, se observa un retraso importante en el diagnóstico de infección: en el periodo 97-99, en el 54% de los casos en esta categoría de

transmisión, el diagnóstico de infección coincidía con el de sida, privando así a estos individuos de la posibilidad de beneficiarse de un tratamiento precoz.

Recomendaciones

Deben intensificarse las actividades de prevención dirigidas a homosexuales, especialmente a poblaciones jóvenes y de difícil acceso.

Debe promocionarse la detección precoz de la infección y las medidas para aumentar la percepción de riesgo individual.

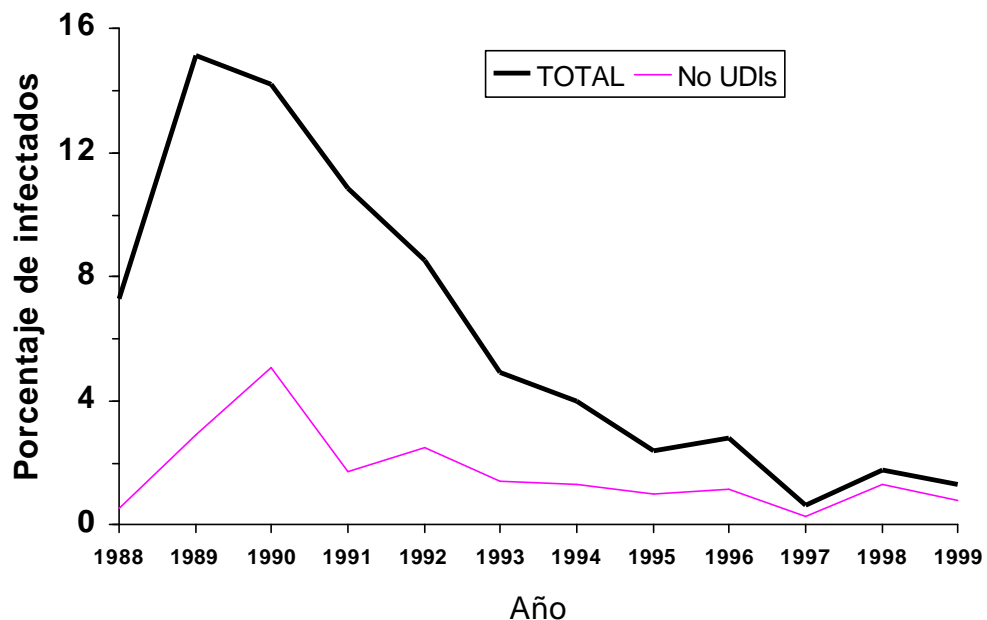
PREVENCIÓN EN PERSONAS QUE TRABAJAN EN LA PROSTITUCIÓN

OBJETIVOS

- Mejorar el nivel de información sobre mecanismos de prevención del VIH/sida.
- Mejorar el acceso al sistema sanitario y a los programas de prevención de la infección por VIH.
- Promover prácticas de sexo seguro, fomentando también el uso del preservativo.
- Fomentar el asociacionismo y la participación de este colectivo en el diseño y desarrollo de los programas.

Existen programas de prevención para mujeres que trabajan en la prostitución en prácticamente todas las comunidades autónomas, habiéndose incrementado en estos últimos años. La prevalencia de infección por VIH en trabajadoras del sexo se ha mantenido estable en torno a un 1,3% en este período (gráfico 5). Según algunos estudios, más del 90% de las personas que ejercen la prostitución utiliza siempre el preservativo con los clientes. Este uso es muy inferior en sus relaciones privadas, en las cuales menos del 50% lo utiliza siempre. La accidentabilidad referida en el uso del preservativo aparece muy elevada en hombres y travestis, pero también en mujeres, precisándose estudios específicos y, si fuera necesario, intervenciones.

GRÁFICO 5 - SEROPREVALENCIA DE VIH EN MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN



Proyecto EPI-VIH: resultados de nueve clínicas de ETS.

En los últimos años hay una importante incorporación de personas inmigrantes al colectivo que ejerce la prostitución. De las personas atendidas en unidades móviles de un programa de atención a la prostitución, el 63% eran procedentes de otros países.

Recomendaciones

Los hombres y travestis que trabajan en la prostitución deben convertirse en un colectivo de especial atención dentro de los programas dirigidos a los profesionales del sexo.

Se deben elaborar programas adaptados culturalmente para inmigrantes que ejercen la prostitución.

Extender los talleres de sexo seguro y uso del preservativo.

Recoger información sobre condiciones de uso y calidad de preservativos.

Promocionar la realización de la prueba.

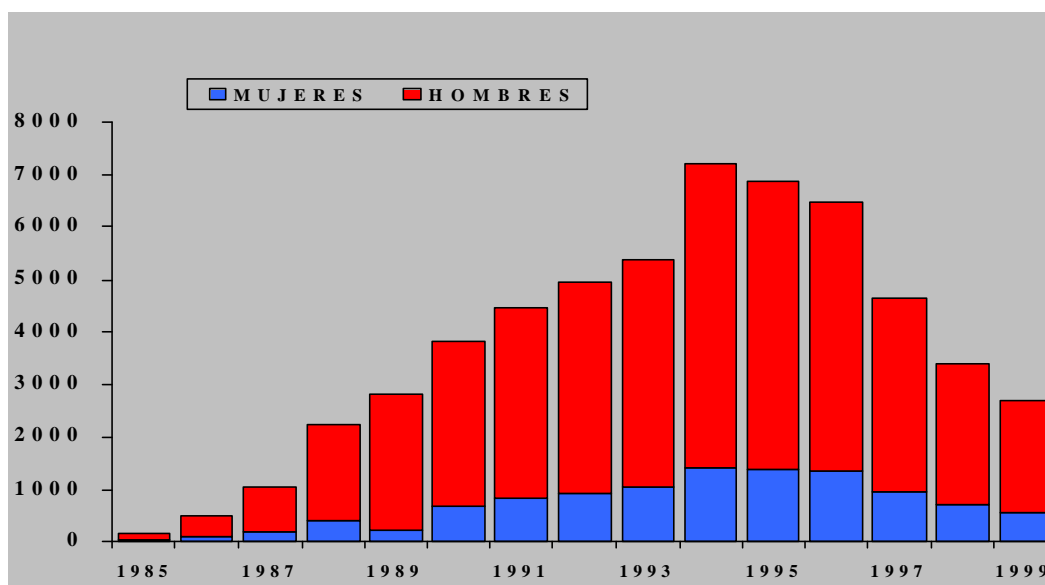
PREVENCIÓN EN MUJERES

OBJETIVOS

- Mejorar el nivel de información y educación sanitaria de las mujeres en relación con la infección por VIH y las medidas de prevención, especialmente las pertenecientes a colectivos más vulnerables.
- Facilitar 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.

La infección por VIH/sida en España sigue mostrando la misma distribución hombre/mujer: por cada caso en mujeres se notifican cuatro en hombres y esta razón se ha mantenido prácticamente constante a lo largo de la última década (gráfico 6). Pero sí hay diferencias en las características de los casos masculinos y femeninos, que reflejan la influencia de los condicionantes de género en las relaciones hombre-mujer: las mujeres son más jóvenes y la mayoría de las que adquirieron la infección por vía sexual tenían una pareja UDVP. La proporción de casos debidos a transmisión heterosexual ha ido cambiando, 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.

GRÁFICO 6 - INCIDENCIA ANUAL DE CASOS DE SIDA EN ESPAÑA
Registro Nacional de casos sida a 31 diciembre 2000



% mujeres: 11.6 18.9 17.1 17.8 16.4 17.8 18.5 18.8 19.0 19.5 19.8 20.7 20.6 21.3 20.4

La SPNS y el Instituto de la Mujer iniciaron en 1997 una línea de trabajo con profesionales sanitarios de atención primaria, orientada a sensibilizar y formar a los profesionales para que tengan en cuenta en sus intervenciones los condicionantes de género que interfieren en la prevención. Se han desarrollado numerosos cursos y actividades en colaboración con las comunidades autónomas, en dos grandes líneas: prevención del VIH/sida en mujeres y prevención de embarazos, ETS y VIH/sida en mujeres jóvenes.

Recomendaciones

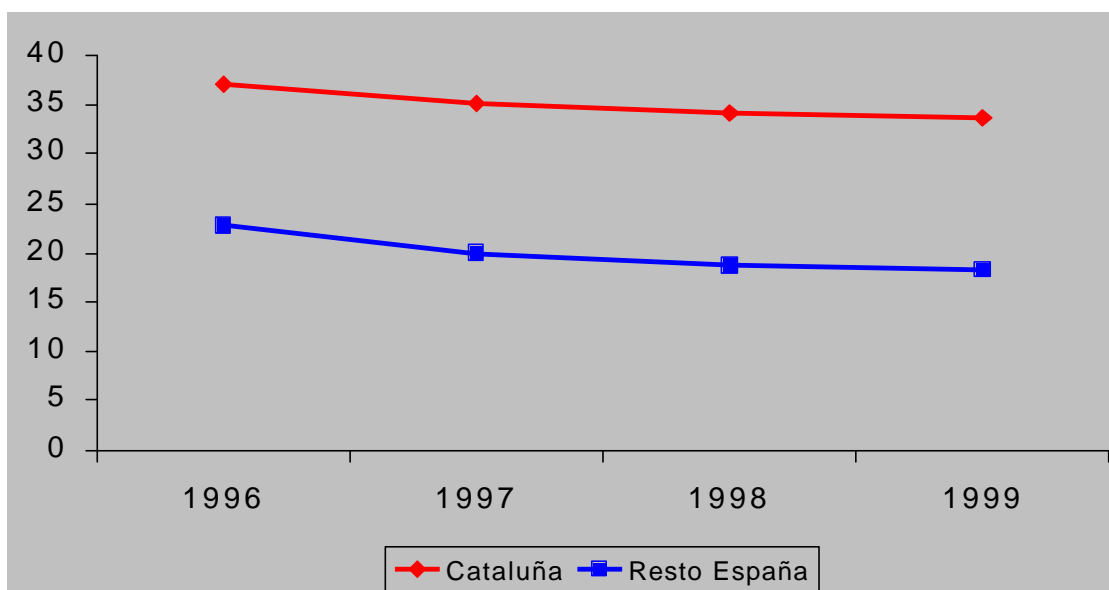
Se deben seguir trabajando los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para que las mujeres puedan decidir en un plano de igualdad con los hombres sobre el uso del preservativo. Las actividades deberán tener un enfoque participativo y multicultural. Las intervenciones deben dirigirse en particular a las mujeres UDVPs, a las que son pareja de UDVPs y a las que padecen enfermedades de transmisión sexual.

PREVENCIÓN EN PRISIONES

La prevalencia de la infección en reclusos ha pasado de un 22,7% en 1996 a un 18,2% en 1999 (gráfico 7). Al igual que en el caso de las actividades desarrolladas específicamente para UDVPs, los programas de reducción de daños en prisiones han tenido un desarrollo espectacular en estos años. Todos los centros penitenciarios, con una excepción, cuentan desde 1998 con programas de metadona, y de 7.000 pacientes en tratamiento de sustitución en 1996, se ha pasado a más de 20.000 en 1999. En 1997 se puso en marcha un programa piloto de intercambio de jeringuillas en la prisión de Basauri y, tras una evaluación favorable, en el año 2000 son 9 los centros penitenciarios que intercambian material de inyección estéril con criterios de calidad homogéneos, en una experiencia sin precedentes en el mundo.

GRÁFICO 7 - PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH EN RECLUSOS DE CATALUÑA Y RESTO DE ESPAÑA, 1996-1999

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias y CEESCAT



La Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha desarrollado un extenso programa de formación en educación para la salud, técnicas de *counseling*, prevención y problemas asociados a la infección por VIH dirigido a los funcionarios de vigilancia, maestros, educadores y personal sanitario de prisiones que ha alcanzado una excelente cobertura.

Recomendaciones

Intensificar las actividades de sensibilización y formación en funcionarios de vigilancia para favorecer un clima favorable a los programas de reducción de daños en el que aquellos reclusos que lo necesiten accedan sin barreras a los programas existentes. Evaluar y difundir los resultados de los programas de intercambio de jeringuillas en prisiones, continuar extendiéndolos en aquellos centros penitenciarios con un elevado porcentaje de UDVP y orientar esta actividad hacia la normalización.

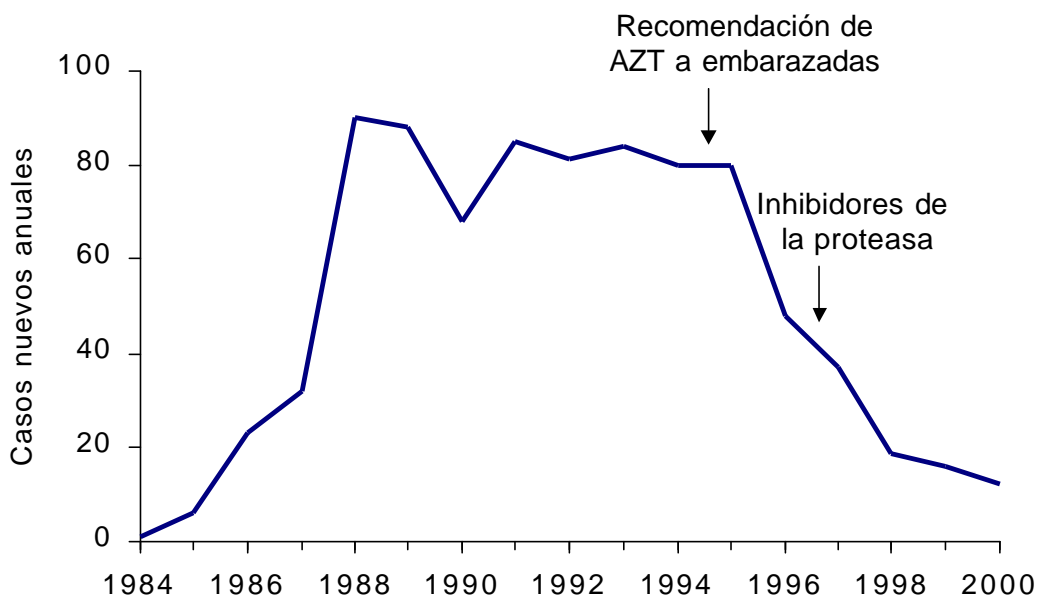
PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL

OBJETIVOS

- Disminuir la incidencia de la infección por VIH en recién nacidos.
- Propiciar el desarrollo en los centros sanitarios de programas de detección precoz, educación sexual y planificación familiar para mujeres con prácticas de riesgo.
- Desarrollo de programas específicos de detección y consejo VIH en embarazadas.
- Garantizar el acceso al tratamiento con antirretrovirales según las pautas vigentes a todas las embarazadas infectadas por el VIH.

La incidencia de infección por VIH en recién nacidos ha disminuido radicalmente de 1996 a 1999, como también indica la evolución de los casos de sida (gráfico 8). No obstante, el diagnóstico precoz de la infección en mujeres, como en los demás grupos de población, no parece estar lo suficientemente extendido: una proporción aún no cuantificada de mujeres embarazadas o que dan a luz un nacido vivo desconocen su condición de infectadas.

GRÁFICO 8 - CASOS DE SIDA DE TRANSMISIÓN MADRE-HIJO EN ESPAÑA



Ya en 1996, la SPNS recomendó la oferta sistemática de la prueba a todas las embarazadas, y la aplicación de esta medida se ha ido generalizando en estos años, aunque no se dispone de información suficiente sobre su grado de implantación en el

sistema nacional de salud. En el año 1998 comenzó una campaña de promoción de la detección del VIH en mujeres embarazadas o que previesen tener un hijo, que se ha mantenido tres años, con anuncios en radio y distribución en farmacias y centros sanitarios de 25.000 carteles y medio millón de folletos.

Recomendaciones

Promocionar la prueba entre las mujeres que piensen tener un hijo.
Generalizar la oferta sistemática de la prueba de VIH y el *counseling* a las mujeres embarazadas.

PREVENCIÓN EN EL MEDIO SANITARIO

OBJETIVO

- Generalización de la aplicación, en todos los centros sanitarios y por todos los profesionales, de las precauciones universales.

En los años de vigencia de este Plan no se ha conocido ningún caso de infección por VIH adquirido en el medio sanitario en España. 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. Respecto a esta última, ya desde la 3ª edición de sus recomendaciones sobre el uso de antirretrovirales (1996), el Consejo Asesor Clínico incluye pautas sobre la evaluación individualizada del riesgo real de infección de cada caso y sobre el empleo de estos fármacos.

El riesgo de transmisión del VIH desde profesionales sanitarios a pacientes sometidos a procedimientos invasores es muy remoto, y se puede prevenir mediante la aplicación sistemática de los procedimientos generales de control de la infección y de las “precauciones universales”. En 1998 se editó un manual con recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios infectados por el VIH u otros virus de transmisión sanguínea, que detalla las conductas ante estas situaciones.

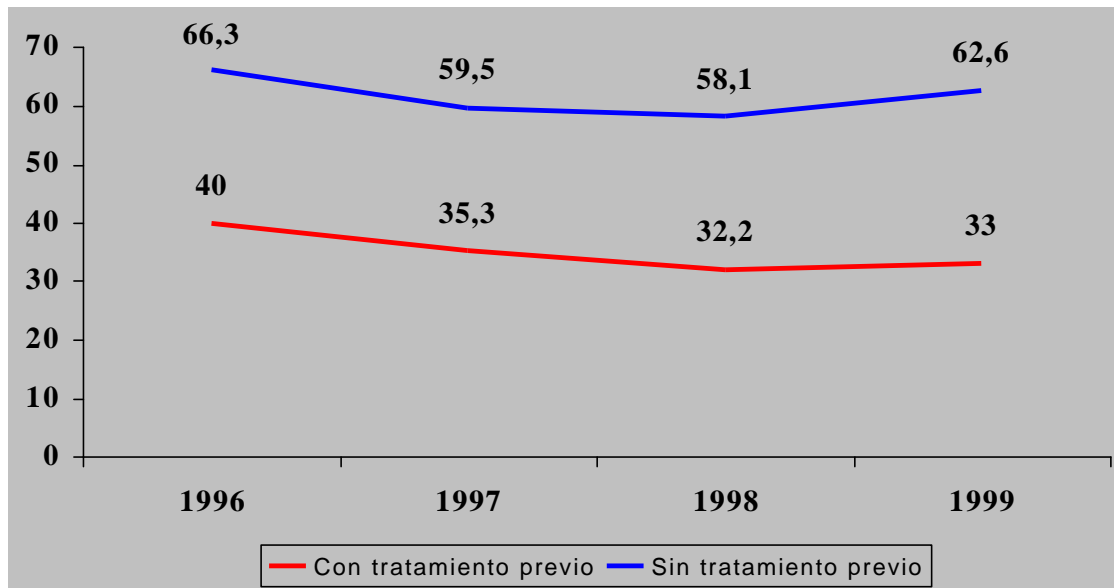
Objetivos ampliados para la prevención desde el medio sanitario

La generalización de la aplicación de las precauciones universales que se acaba de comentar era el único objetivo del Plan Multisectorial en el área de la prevención en el medio sanitario. Este déficit no impidió el desarrollo de actividades en respuesta a las nuevas necesidades de prevención identificadas en estos años. A continuación se comentan estas actividades no previstas inicialmente, en particular las relativas al diagnóstico precoz y a la implicación de los profesionales en la prevención desde el medio sanitario.

La información obtenida a través del registro de casos de sida permite constatar que, en un 35% de los casos diagnosticados en el período 1997-1999, el diagnóstico de infección por VIH coincidió en el tiempo con el de sida. Esta situación es especialmente grave entre los casos de transmisión heterosexual (59%) y entre los de transmisión sexual entre hombres (54%). Quizá como consecuencia de una mayor sospecha de infección por parte de los profesionales y de una mayor percepción de riesgo individual, entre los usuarios de drogas este porcentaje es del 18%, pero aún así, en 1997-1999, uno de cada cinco UDVP fue diagnosticado de sida a la vez que de su infección por VIH. En 1999 la proporción de personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas sometidas a tratamiento con anterioridad y que desconocían su estado serológico frente al VIH o no se habían hecho nunca la prueba, alcanzaba el 33% (gráfico 9). Esta situación probablemente se deba en parte a que los profesionales siguen asociando el riesgo casi exclusivamente con la inyección, sin

tener en cuenta que las personas que consumen drogas tienen tasas altas de prevalencia por la mayor frecuencia de parejas inyectoras, prostitución, etc.

GRÁFICO 9 - PROPORCIÓN DE PERSONAS ADMITIDAS A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUE DESCONOCÍAN SU ESTADO SEROLÓGICO FRENTE AL VIH O NO SE HABÍAN HECHO NUNCA LA PRUEBA. Fuente: OED, Informe nº 4



En 1999 la SPNS editó una guía con recomendaciones para aproximar las actuaciones preventivas al ámbito asistencial. Entre otras actividades, en el año 2000 se ha elaborado un programa de formación en prevención de VIH/sida dirigido a los médicos rurales en colaboración con la Organización Médica Colegial.

Por otra parte, la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH 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 en estas situaciones.

Recomendaciones

Iniciar una política activa de promoción de la prueba entre la población.
Adoptar medidas para que los profesionales sanitarios incorporen a la práctica diaria el diagnóstico precoz de las prácticas de riesgo y de infección por VIH.
Intensificar las actividades de prevención en el encuentro médico-paciente, dirigidas a las personas con prácticas de riesgo, a las infectadas y a sus parejas sexuales.

CAPÍTULO 3 LUCHA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

OBJETIVOS

- Promover la solidaridad, la tolerancia y el respeto mediante campañas de información dirigidas a la población general.
- Normalizar la enfermedad desde un punto de vista sanitario y desmitificar los conceptos erróneos existentes en torno a la misma, para evitar la discriminación de las personas infectadas.
- Crear un entorno social favorable para la prevención del sida, suprimiendo los obstáculos para la integración social, la difusión de la información y la toma de conciencia sobre la responsabilidad individual.
- Fomentar medidas tendentes a garantizar el estricto cumplimiento de la legislación vigente en lo que se refiere a la no discriminación laboral, escolar y asistencial.
- Asegurar que la legislación, las estrategias y las intervenciones que afecten directa o indirectamente a la prevención y al control del VIH/sida, respeten escrupulosamente los principios éticos y los derechos humanos.
- Fomentar medidas de incorporación social dirigidas a personas que, además de la infección por el VIH/sida, tienen importantes problemas de exclusión social.

La enfermedad se puede considerar normalizada desde un punto de vista sanitario, y no se han detectado prácticamente casos de discriminación escolar, laboral o asistencial.

Uno de los logros principales de estos años ha sido la mayor integración de la atención socio-sanitaria de los toxicómanos y el desarrollo de los programas de reducción de daños, que ha favorecido la creación de un entorno social más favorable a la prevención. Una de las campañas anuales de la SPNS tuvo precisamente este objetivo.

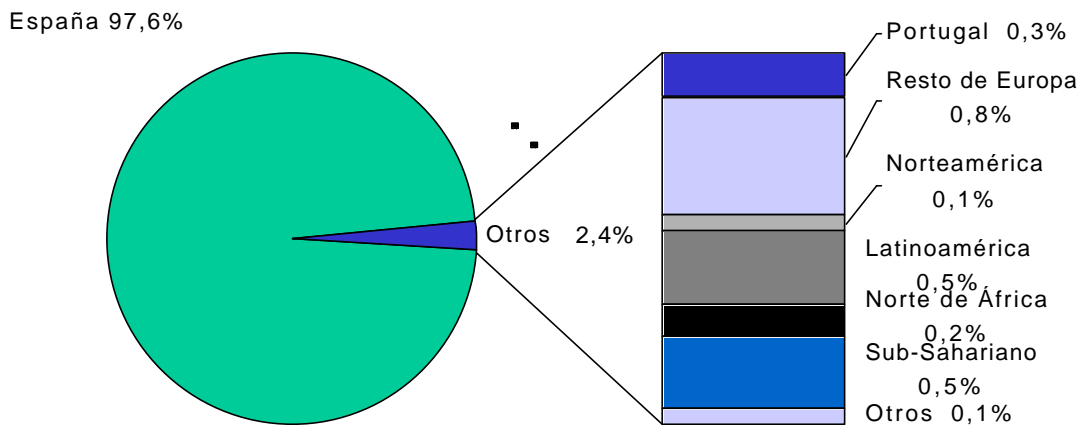
Según los datos del barómetro sanitario de 1998, las actitudes han mejorado ligeramente, pero no lo suficiente. Casi un 30% de la población aún cree que las autoridades deberían impedir la entrada al país de personas con sida como medida para controlar la epidemia, y todavía es frecuente identificar el riesgo de infección con vehículos de transmisión erróneos, lo que da lugar a actitudes discriminatorias de la población con las personas infectadas. No cabe duda de que siguen produciéndose casos de discriminación y estigmatización a nivel individual y con determinadas poblaciones (UDVPs, homosexuales...), que podrían conducir a desigualdades en el apoyo social e incluso sanitario que reciben.

También los inmigrantes constituyen un grupo cada vez mayor en situación de vulnerabilidad para la exclusión social. Aunque la epidemia de VIH/sida en España es autóctona y la inmigración no ha supuesto un aumento significativo de los casos (gráfico 10), desde 1999, la SPNS y las comunidades autónomas la incluyeron entre las áreas prioritarias de trabajo. Con la participación de los propios inmigrantes como

principal estrategia, la SPNS ha desarrollado una campaña de prevención en diferentes idiomas, se han apoyado programas de prevención, se ha impulsado la vigilancia epidemiológica y se ha fomentado la creación de redes de asociaciones.

GRÁFICO 10 - PAÍS DE ORIGEN DE LOS CASOS ACUMULADOS DE SIDA EN ESPAÑA, 1981- 2000.

Registro Nacional de casos de sida



Recomendaciones

Prevenir las actitudes discriminatorias contra colectivos potencialmente vulnerables como los inmigrantes, reiterando que, desde el punto de vista de la salud pública, no hay justificación para llevar a cabo pruebas de detección obligatorias para conseguir la admisión o la residencia, obligatoriedad que además es incompatible con los derechos y la dignidad de las personas.

Tomar en consideración los determinantes culturales en la elaboración de los programas de prevención.

Eliminar las potenciales barreras de acceso a los tratamientos de poblaciones excluidas socialmente (UDVP, reclusos e inmigrantes).

Fomentar medidas de incorporación laboral para pacientes en tratamiento.

CAPÍTULO 4 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

OBJETIVOS

- Potenciar los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH, del sida y de las conductas de riesgo actualmente en funcionamiento.
- Incorporar la vigilancia de la prevalencia de infección por VIH y de la prevalencia de conductas de riesgo, tanto en población general como en poblaciones centinela de colectivos con prácticas de riesgo.

El registro nacional de casos de sida sigue cumpliendo un papel importante entre los sistemas de información para el control de la epidemia. Los datos se difunden, actualizados semestralmente, a través de la página web de la SPNS y de informes y boletines epidemiológicos. Se han hecho múltiples análisis que han servido para valorar el impacto de los tratamientos antirretrovirales, control de la transmisión vertical, casos originarios de distintos países, demora en el diagnóstico de casos, evolución de enfermedades oportunistas, y cambios en el perfil y características epidemiológicas de los casos. Se ha colaborado con la Unión Europea aportando datos de VIH y de sida para la comparación con otros países.

La mejora de la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH ha constituido una de las principales actividades de la SPNS en estos años. Se han ampliado y sistematizado los estudios realizados en poblaciones centinela (tabla 3) y se ha iniciado la puesta en marcha del sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH (SINIVIH) de ámbito estatal.

Tabla 3 – Resumen de los estudios de seroprevalencia de VIH de ámbito supraautonómico en poblaciones centinela.

<i>Población</i>	<i>Muestra</i>	<i>Año de comienzo</i>	<i>Método de cribaje</i>
Mujeres embarazadas que dan a luz un nacido vivo	Sangre seca	1994	Anónimo no relacionado
Donantes de sangre	Suero	1987	Obligatorio y confidencial
Reclusos	Suero	1994	Voluntario y confidencial
Pacientes que acuden a centros de ETS (UDVP, prostitución, parejas VIH+, inmigrantes, adolescentes, hombres, mujeres, homosexuales)	Suero	1988	Voluntario y confidencial
Pacientes que consultan por ETS (UDVP, prostitución, homosexuales, hombres, mujeres, inmigrantes)	Suero	1998	Anónimo no relacionado

Como ya se venía haciendo con anterioridad, se ha analizado anualmente la base de datos de mortalidad asociada al VIH (1982-1997).

En anteriores apartados se ha señalado la escasez de información existente sobre los comportamientos sexuales de la población española que pueden suponer riesgo de infecciones de transmisión sexual como el VIH. La SPNS inició en el año 2000 la preparación de una encuesta nacional sobre conductas sexuales relacionadas con la transmisión del VIH con el fin de complementar la información existente para definir las estrategias más adecuadas para prevenirlas.

Recomendaciones

Controlar la calidad del sistema de vigilancia del VIH actualmente funcionando (sida-VIH).

Incorporar las conductas de riesgo en las actividades sistematizadas de vigilancia epidemiológica, especialmente en poblaciones con riesgo de infección.

Desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica con amplia cobertura estatal, capaces de evaluar las actividades de prevención, a través de la monitorización de la infección por VIH, coinfección y conductas en UDVP en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas.

Reforzar la monitorización de la prevalencia de conductas de riesgo y de infección por VIH.

CAPÍTULO 5

ASISTENCIA SANITARIA Y SERVICIOS SOCIALES

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.
- Mantener la actualización tecnológica de la red sanitaria especializada para asegurar una asistencia adecuada a los pacientes infectados por VIH/sida.
- Integrar la asistencia sanitaria con una adecuada estrategia de prevención, especialmente en la atención al drogodependiente.
- Incrementar la red de servicios sociales de apoyo para personas infectadas o con prácticas de riesgo para el VIH.
- Mejorar la coordinación con las ONG que desarrollan trabajo asistencial en el área social.

Los años de vigencia del Plan Multisectorial han sido precisamente los de la implantación de las terapias antirretrovirales de alta eficacia, que tanto impacto han tenido en la morbilidad. El empleo de los inhibidores de la proteasa desde 1996 creó una situación nueva para los pacientes, cuyo estado de salud permitió en muchos casos una expectativa de futuro hasta entonces improbable, disminuyó de forma notable las estancias hospitalarias y ha facilitado una reincorporación sociolaboral más completa. La eficacia de los nuevos tratamientos justificó desde el punto de vista terapéutico –y no sólo preventivo--, una indicación más temprana del test VIH, lo que refuerza las exigencias en el diagnóstico precoz. En los primeros años se despertó también el temor de que la confianza en los nuevos fármacos hiciera que los individuos abandonasen las medidas de prevención, aunque diversos estudios realizados en otros países no han detectado indicios de esta tendencia.

Asistencia sanitaria

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

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 actividades de

sus servicios y los recursos precisos, la SPNS ha realizado en el territorio Insalud y con la participación de algunas comunidades autónomas una encuesta de consumo de recursos en pacientes hospitalarios, de forma periódica.

La SPNS ha mantenido durante los años del Plan Multisectorial una constante actividad de asesoría técnica en relación con la práctica clínica, y ha editado recomendaciones periódicas con el Consejo Asesor Clínico y con la colaboración de las comunidades autónomas y de profesionales de reconocida experiencia, en ocasiones representando a diversas sociedades científicas: Seisida, Sociedad Española de Farmacia, Gesida, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Asociación Española de Pediatría (tabla 4).

Tabla 4 – Guías de práctica clínica y protocolos asistenciales publicados como recomendaciones del Plan Nacional sobre el Sida 1997-2000.

Documento	Año
Nutrición y SIDA	1997
Tratamiento antirretroviral	1997
Tratamiento con antirretrovirales en el niño infectado por el VIH	1997
Resistencias a los fármacos antirretrovirales. Monografía	1997
El Hospital del Día en la atención de los pacientes con infección por VIH/sida	1998
Diagnóstico y tratamiento de las infecciones por hongos en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana	1999
Enfermedad por <i>Mycobacterium avium complex</i> (MAC) en pacientes infectados por VIH	1999
Control de la tuberculosis en relación con la epidemia de infección por VIH/SIDA	1999
Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral	1999
Epidemiología molecular del VIH en España: Análisis de los subtipos circulantes mediante un estudio piloto	1999
Recomendaciones Plan Nacional sobre el SIDA/GESIDA del tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH	2000
Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes adultos y adolescentes infectados por el VIH en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida	2000
Resistencias a los fármacos antirretrovirales. Informe	2000

En 1997 se puso en marcha el programa de control de calidad de la carga viral, que se ha extendido a todo el sistema sanitario en los años siguientes, con la colaboración de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, del Instituto de Salud Carlos III y el apoyo de las empresas fabricantes de estos medios diagnósticos.

La SPNS ha emitido un informe en marzo de 2000 sobre la implantación de los tests de resistencias a los antirretrovirales en la práctica asistencial, con la colaboración del grupo asesor específico de virólogos y clínicos. Para conocer la epidemiología de las resistencias en España y optimizar las pautas de tratamiento e investigar sobre éstas, se está estableciendo una base nacional de datos sobre resistencias, en el marco de un convenio de colaboración del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (Universidad Autónoma y Consejo Superior de Investigaciones Científicas) con las empresas fabricantes.

Servicios sociales

Los servicios sociales de apoyo también han tenido que actualizar sus planteamientos para dar respuesta a las nuevas necesidades derivadas de la mejora en la salud de los pacientes como consecuencia de las nuevas terapias, incorporando a su oferta de servicios nuevos recursos como el apoyo a las familias de afectados y los pisos para personas infectadas sin recursos pero con autonomía personal.

Las ONGs han seguido desempeñando un papel fundamental en el apoyo a las personas infectadas. Además de los fondos destinados por las comunidades autónomas, provinciales o locales a este tipo de servicios, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha incrementado la financiación de proyectos de asistencia domiciliaria, casas de acogida y personas privadas de libertad con sida, que ha pasado de 440 millones en 1996 a 557 en el 2000. Se han redefinido las prioridades, reforzando los programas que potencian la integración social y la autonomía de las personas infectadas.

Recomendaciones

Debe potenciarse más 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.

La prevención debe integrarse como parte esencial de la asistencia sanitaria a los pacientes VIH.

Las administraciones sanitarias y las ONGs deben romper las barreras de acceso a la asistencia sanitaria y al apoyo social del segmento de inmigrantes en situación de irregularidad administrativa.

Analizar y responder a las nuevas necesidades sociales derivadas de la mejora en la morbimortalidad de las personas infectadas.

CAPÍTULO 6 FORMACIÓN

OBJETIVOS

- Ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios y de servicios sociales en las técnicas de asesoramiento y consejo a personas que mantienen conductas de riesgo y desarrollar sus habilidades para el soporte psicológico y asistencial a las personas afectadas por el VIH.
- Incluir contenidos de educación para la salud en la formación inicial y permanente del profesorado.
- Fomentar la formación del voluntariado y, en particular, el intercambio de experiencias sobre planificación y gestión de proyectos, programas *outreach* o de acercamiento dirigidos a toxicómanos, prevención del VIH en general y técnicas de grupo para el desarrollo de actividades de apoyo a los afectados.

Las actividades de formación en prevención y control del VIH a lo largo de estos años han abarcado todos los ámbitos previstos. En los apartados anteriores se han comentado algunas de ellas, pero cabe destacar en conjunto la capacitación de profesionales sanitarios mediante programas de formación reglados, desde el personal médico y de enfermería de los centros penitenciarios, con una cobertura prácticamente total, hasta los farmacéuticos y auxiliares de oficinas de farmacia, en los que la cobertura ha alcanzado cerca del 20%, pasando por los profesionales de los servicios de atención a drogodependientes, de centros de atención primaria y de planificación familiar. También se han organizado en estos años desde la SPNS conferencias, seminarios y cursos que han abordado, entre otros, los siguientes temas: vigilancia epidemiológica del VIH, la calidad en los programas con sustitutivos opiáceos, patología infecciosa asociada a la infección por VIH, la estrategias de reducción de daños desde la red de farmacias de la comunidad, programas de intercambio de jeringuillas y nuevas tendencias en los programas de acercamiento, planificación y gestión de proyectos para ONGs que trabajan en prevención de sida con inmigrantes y con drogodependientes, calidad de los servicios de información telefónica sobre VIH, grupos de autoapoyo y prevención del VIH desde el ámbito educativo. A pesar de esta última, no se ha avanzado en el área de formación inicial del profesorado, aunque las comunidades autónomas que durante esos años tenían las competencias transferidas sí han trabajado más estos aspectos que, finalizado en el 2000 el proceso de transferencias, necesitan reforzarse.

CAPÍTULO 7 INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS

- Incrementar los recursos destinados a la investigación en materia de sida.
- Coordinación entre recursos públicos y privados, potenciando la investigación básica, clínica, epidemiológica y de prevención de la infección VIH/sida.

En 1998 se constituyó la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE), con el objetivo de impulsar una investigación de calidad en España en los campos básico, clínico, epidemiológico, preventivo, económico y social de la epidemia. Está regida por un patronato con representación paritaria institucional (Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida) y de las compañías farmacéuticas claves en la investigación y desarrollo de fármacos antirretrovirales: Abbott Laboratorios, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Glaxo Wellcome, Merck Sharp & Dohme España y Productos Roche. El compromiso de financiación de ambas convocatorias, en proyectos de uno, dos o tres años es de una cuantía de casi mil millones de pesetas, distribuidos en investigación básica (33,3%), clínica (31,4%), epidemiología y prevención (33,3%) y social (2%).

La SPNS, mediante un convenio suscrito por primera vez en 1999, financia las actividades de investigación del Grupo de Sida (GESIDA), de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), habiéndose creado la denominada Agencia de Ensayos Clínicos (AEC) de GESIDA. Los objetivos de este convenio 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. La AEC ha coordinado 15 proyectos, con estudios multicéntricos diversos, tales como ensayos clínicos y estudios de cohorte y de prevalencia, a los que da soporte metodológico y de gestión.

Estas dos iniciativas se suman a los cauces generales de financiación de la investigación ya existentes anteriormente, nacionales, esencialmente del Fondo de Investigaciones Sanitarias y el actual Ministerio de Ciencia y Tecnología, europeos, fundamentalmente a través de proyectos BIOMED, y autonómicos, además de los de la industria farmacéutica y otras entidades públicas o privadas, fundaciones o instituciones académicas, relacionadas o no con el ámbito estricto de la salud.

Recomendaciones

Potenciar la investigación en general y, sobre todo, en prevención e investigación socioeconómica.

CAPÍTULO 8 PARTICIPACIÓN CIUDADANA

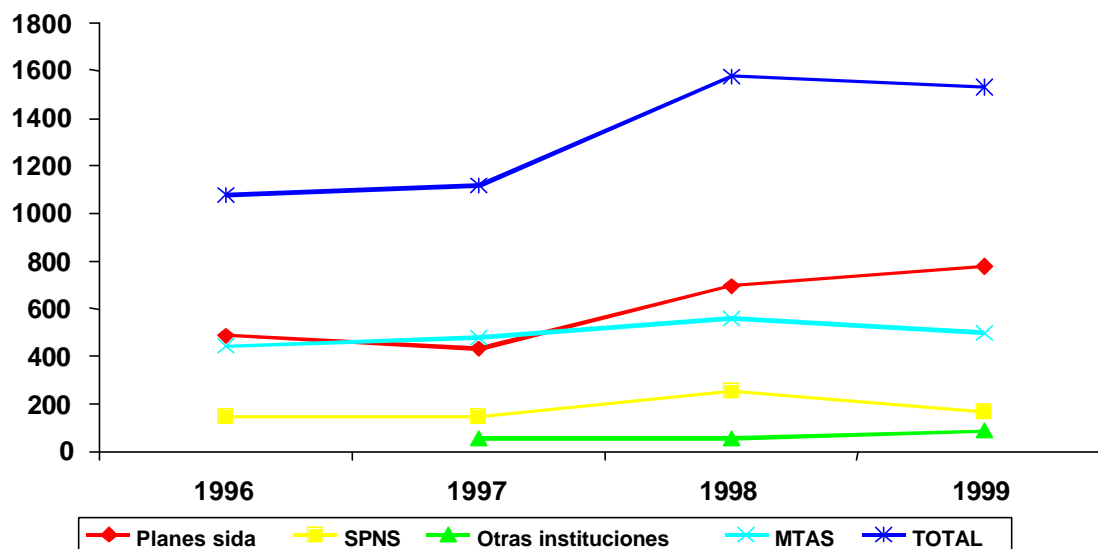
OBJETIVOS

- Mejorar la coordinación entre ONG 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.

El protagonismo de las ONGs en la prevención en diferentes colectivos y el apoyo a las personas infectadas no ha cambiado en estos años. Siguen desempeñando una función clave para alcanzar a las poblaciones de difícil acceso. Siguen siendo los detectores más sensibles de situaciones de discriminación o estigmatización y siguen proporcionando el apoyo psicológico y social solidario que necesitan muchos pacientes. No obstante, quizá se haya avanzado menos en la adaptación de su trabajo a la luz de la nueva situación creada por la mejora de la morbimortalidad y la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH.

En estos últimos años han contado con mayores recursos para desempeñar estas tareas (gráfico 11), procedentes casi en su totalidad de las distintas administraciones. El presupuesto que la SPNS destina a prevención a través de las ONGs se ha mantenido prácticamente estable en estos años, en torno a los 150 millones de pesetas anuales, pero a partir de 1999 esta cantidad pasa a destinarse exclusivamente a entidades de ámbito estatal, complementándose con la transferencia anual de fondos a las comunidades autónomas para financiar a las ONGs autonómicas y locales. Esto ha supuesto de hecho un importante incremento de los recursos para ONGs de prevención, que han pasado de 352 millones en 1996 a 668 en 1999. También se ha incrementado ligeramente el presupuesto destinado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a las ONGs de apoyo social, pasando de 726 millones en 1996 a 783 en 1999.

GRÁFICO 11. PRESUPUESTO GLOBAL DESTINADO A FINANCIACIÓN DE ONGS DE TRABAJO EN SIDA, 1996-1999. Fuente: SPNS y CCAA



Ha aumentado, aunque partiendo de niveles generalmente limitados, la participación de los propios interesados en los programas de las ONGs, especialmente entre jóvenes, inmigrantes y toxicómanos.

Recomendaciones

Adaptar los servicios que ofrecen las ONGs a las nuevas necesidades: promoción de la prueba, prevención en personas infectadas, reinserción sociolaboral, alojamientos de corta estancia, entre otros.

Continuar promocionando la participación de los interesados en el diseño, implementación y evaluación de los programas.

Aumentar la calidad de los programas mediante la coordinación entre actividades similares a nivel de comunidad autónoma, la formación técnica y la especialización de las ONGs y la creación de redes.

CAPÍTULO 9 FINANCIACIÓN

El Plan Multisectorial incluyó indicadores económicos entre los previstos para su evaluación, aún siendo conscientes de la dificultad de obtener datos fiables en un área de actividades tan dispersas. En la actualidad no se dispone de una buena estimación de los recursos destinados a la prevención ni a la asistencia sanitaria ni social por las distintas administraciones del estado, y mucho menos de los costes indirectos, pero sí se ha recogido información muy descriptiva sobre la evolución del gasto en antirretrovirales, que alcanzó los 47.000 millones de pesetas en 1999, más del doble que en 1997. A pesar de este elevadísimo coste, la disminución de los ingresos hospitalarios y la reducción de la estancia media que han generado los nuevos tratamientos habrá supuesto un ahorro en el balance del sida para el sistema nacional de salud. No obstante, estas cifras indican con claridad que la inversión en estrategias de prevención que hayan demostrado ser eficaces es extraordinariamente rentable a medio y largo plazo.

Esta prioridad asignada a la prevención fue el fundamento del Plan Multisectorial, y se materializó en un incremento del presupuesto de la SPNS de un 300% tras su aprobación, que se mantuvo en los años siguientes, pasando de 736 millones en 1996 a 2.200 en el 2000. También las comunidades autónomas han aumentado los recursos propios destinados a la prevención del VIH, estimándose en torno a un 30%. Estos incrementos suponen un cambio muy positivo en la tradicional penuria de las inversiones en prevención que, no obstante, siguen siendo insuficientes para un país con tasas tan altas de sida como España.

Recomendaciones

La prevención de la infección por VIH debe seguir siendo prioritaria en el nuevo Plan 2001-2005.

CAPÍTULO 10 PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

Una vez analizadas las medidas de prevención de la transmisión del VIH emprendidas en estos años en España, se puede concluir que ha habido un desarrollo notable de las acciones de prevención dirigidas a los colectivos más vulnerables, y que se ha avanzado en el tratamiento y seguimiento de las personas afectadas al paso que avanzaban los conocimientos científicos.

1. intervenciones preventivas individualizadas

Pero también se han puesto de manifiesto deficiencias en determinadas áreas, como la aplicación de estrategias individuales de prevención para fomentar el mantenimiento o adherencia de medidas de prevención en las personas infectadas y sus parejas, y la identificación correcta del riesgo personal. Estos ámbitos de intervención son cada vez más relevantes, al aumentar la supervivencia y la calidad de vida de las personas infectadas y, por tanto, el número de éstas. Esta situación entronca directamente con la necesidad de potenciar una estrategia escasamente desarrollada en España: la promoción de la prueba de detección del VIH, justificada además por la disponibilidad de tratamientos eficaces. En los capítulos anteriores se ha señalado el retraso diagnóstico como un problema importante, que exige acciones más extensas y efectivas de promoción de la prueba, tanto en grupos específicos —como toxicómanos y hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres—, como en la población heterosexual con prácticas de riesgo. Mención aparte merece la detección precoz de la infección en embarazadas que, siempre respetando la voluntariedad de la misma, debe fijarse como objetivo una cobertura total. Todo 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 de prevención desde su relación privilegiada con el paciente.

2. promoción de la prueba de detección del VIH

3. prevención en el medio sanitario

Todo 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 de prevención desde su relación privilegiada con el paciente.

4. adherencia terapéutica y a las medidas de prevención

Otra consecuencia del aumento de la supervivencia y el mayor bienestar de los enfermos, junto con la enorme complejidad de los tratamientos, es la dificultad para cumplir adecuadamente los tratamientos. Urge encontrar nuevas maneras de mejorar la adherencia terapéutica y aplicar aquellas de las que se dispone. También la adherencia a las medidas de prevención debe reforzarse con intervenciones amplias e innovadoras.

5. reinserción sociolaboral

Pero además, los nuevos tratamientos y su mejor salud abren para las personas infectadas nuevas perspectivas de futuro, que pasan necesariamente por su reincorporación al mundo laboral y a la vida social. Éste es precisamente el gran reto al que administraciones y ONGs habrán de enfrentarse en los próximos años.

6. mejora de la captación de poblaciones de difícil acceso

Quedan poblaciones ocultas o de difícil acceso a las que no alcanzan debidamente los programas de prevención. En este campo resulta esencial contar con la participación de las ONGs y de las poblaciones afectadas, potenciando el papel de estos como mediadores y agentes de salud. Son destinatarios proverbiales de este tipo de estrategias, por otra parte aún poco desarrolladas, los toxicómanos más excluidos socialmente, que no acuden a los programas de tratamiento habituales, los jóvenes homosexuales, las personas que ejercen la prostitución y los inmigrantes.

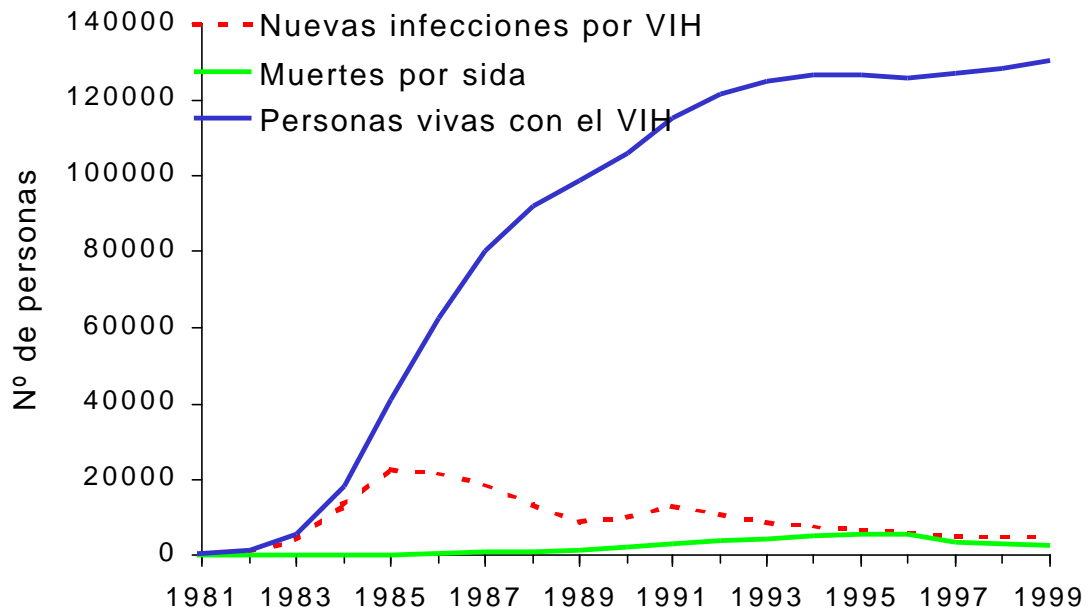
Finalmente, una cuestión emergente es la profilaxis postexposición no ocupacional, tanto por sus implicaciones económicas como sanitarias e incluso éticas, sobre el que las administraciones deberán orientar adecuadamente a los profesionales sanitarios.

Conclusiones

La infección por VIH/sida sigue siendo un problema de salud pública de primera magnitud, ya que, aunque disminuyan los nuevos casos de sida y las nuevas infecciones, éstas y la disminución de la mortalidad hacen que siga aumentando el número de personas vivas infectadas (gráfico 12) y, consecuentemente, los recursos necesarios para atenderlas.

Los nuevos tratamientos antirretrovirales han producido cambios en las características de la epidemia que exigen la puesta en marcha de nuevas medidas, pero la única estrategia efectiva contra la extensión de la epidemia sigue siendo la prevención. Se han identificado nuevos ámbitos de actuación que requieren especial atención en el futuro inmediato, ya sea por tener una importancia creciente o por necesitar respuestas efectivas que aún no están bien definidas. Dar respuesta a estas nuevas necesidades exige nuevas inversiones, además de asegurar la sostenibilidad de los programas e intervenciones de prevención ya existentes.

GRÁFICO 12 - EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIH Y SIDA



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

ANEXO

Cuaderno de indicadores