



**INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA  
APLICACIÓN DEL UNGASS  
ESPAÑA  
Enero de 2013 - diciembre de 2013**

**INDICE**

1. SITUACIÓN ACTUAL

- 1.1 La participación de los interesados en el proceso de redacción del informe
- 1.2 La situación de la epidemia
- 1.3 La respuesta política y programática
- 1.4 Los datos de los indicadores del UNGASS

2. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

3. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

4. PRÁCTICAS ÓPTIMAS

5. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

6. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

7. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN



## I. SITUACION ACTUAL

### 1.1 Participación de los interesados en el proceso de redacción del informe

En la Declaración aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en junio de 2011, el gobierno español representado por el embajador en Misión Especial ante los Partenariados Público-Privados de Salud Global, D. José Luis Solano Gadea, reafirmó, junto con su voluntad política, la necesidad de un liderazgo fuerte, un compromiso continuo y coordinado, y los recursos necesarios. Adquirió el compromiso de cumplir con los objetivos fundamentales recogidos en la estrategia 2011-2015 de ONUSIDA, "Llegar a Cero".

El Gobierno de España está ejerciendo el **liderazgo político** requerido en la respuesta ante el VIH a través de una actuación conjugada de sus diferentes Departamentos Ministeriales, debiéndose subrayar el liderazgo ejercido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, en la lucha y en el compromiso contra esta epidemia tanto a nivel nacional como internacional.

Además, en este liderazgo político debemos destacar y reconocer el trabajo que la **sociedad civil, las personas que viven con el VIH y el sector privado** han desempeñado en la prevención de la infección por VIH y en el apoyo social a las personas afectadas.

Queremos destacar el papel de las ONG en la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales, en la normalización del acceso a útiles esenciales como las jeringuillas y los preservativos, y en la implementación de los programas de reducción de daños asociados al uso inyectado de drogas, y en el acercamiento de las estrategias preventivas a las poblaciones más vulnerables.

Las principales organizaciones no gubernamentales forman parte de la Comisión Nacional para el Seguimiento de Programas de Prevención sobre el Sida. Asimismo, conforman el Comité Asesor y Consultivo de la Comisión Nacional (COAC), que acaba de actualizar sus normas de funcionamiento, incluyendo el procedimiento para la renovación de sus miembros que se llevará a cabo en el año 2014. Existen además cauces formales e informales de colaboración y trabajo continuo (grupos específicos de trabajo, reuniones de carácter nacional, fomento de programas preventivos a través de una convocatoria anual de subvenciones...).

Específicamente, y en relación con **la participación de los interesados en el proceso de redacción del presente informe** debemos mencionar que se ha realizado mediante un **proceso de consulta escrita** al COAC, para que consensúe una respuesta única de la sociedad civil.



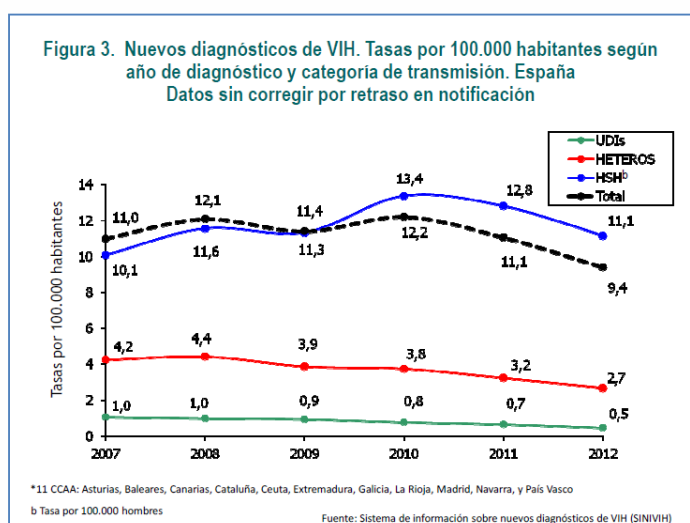
## 1.2 La situación de la epidemia

En cuanto a los nuevos diagnósticos de VIH, que en el año 2012 alcanzaron la cifra de 3210 nuevos casos notificados por 18 Comunidades y Ciudades Autónomas que recogen este tipo de información y representan el 82% de la población española. El 82% de los nuevos diagnósticos tuvieron su origen en la transmisión sexual. De estos, un 51% se produjo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, un 31% en heterosexuales y un 5% en usuarios de drogas inyectadas. Además, mientras los nuevos diagnósticos atribuidos a transmisión parenteral descienden año tras año, los asignados a relaciones heterosexuales se mantienen estables en los últimos años.

La Tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH se mide con la notificación de 11 Comunidades Autónomas que han notificado sus casos de forma consistente desde el año 2007 y observamos un descenso progresivo del porcentaje que suponen las mujeres, desde el 21% en 2007 al 14% en 2012.

Se aprecian diferentes tendencias en los nuevos diagnósticos según las categorías de transmisión. Así, en el grupo de UDI se observa durante el periodo un descenso progresivo en las tasas por 100.000 de habitantes. En el caso de la transmisión heterosexual, las tasas se encuentran más estabilizadas. Por el contrario, aumentan claramente los nuevos diagnósticos en HSH, aunque en los últimos años las cifras podrían estar estabilizándose en niveles altos. Como resultado de estas tendencias contradictorias, las tasas globales parecen estar bastante estables. No obstante no han sido corregidas por retraso en la notificación.

Al calcular las tasas por edad y modo de transmisión, durante el periodo 2007-2012 se observa una tendencia creciente en HSH, especialmente notable entre los 20 y los 35 años, lo que no se aprecia en los otros grupos de transmisión.





La incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en España aumenta desde el año 2001 al igual que en otros países europeos, fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres. En el año 2010 se detectó el VIH en el 24,9% de los casos de sífilis y en el 16,4% de los casos de gonococia habiéndose notificado 2739 casos de sífilis y 2209 de gonococia. El 69,2% de los diagnósticos de sífilis y el 53,2% de los diagnósticos de gonococia en centros de ITS se dieron en HSH. En el año 2011 se diagnosticaron 3522 casos de sífilis y 2640 de gonococia.

La prevención de la transmisión vertical ha sido un éxito en España con caídas drásticas en la incidencia de casos de sida desde 1996. Desde hace ya muchos años estos casos suponen un mínimo porcentaje del total.

El aumento de la población inmigrante en España ha producido un incremento de las personas con VIH/sida originarias de otros países. El porcentaje de personas diagnosticadas cuyo país de origen no es España aumentó de forma progresiva en la primera mitad de la década del 2000, pero las cifras se estabilizaron en la segunda mitad y partir de 2010 parece haberse iniciado un descenso. Analizando los datos por regiones de nacimiento, los sub-Saharianos descienden claramente en el periodo, mientras que el porcentaje de latinoamericanos se incrementa hasta 2010, y a partir de entonces disminuye.

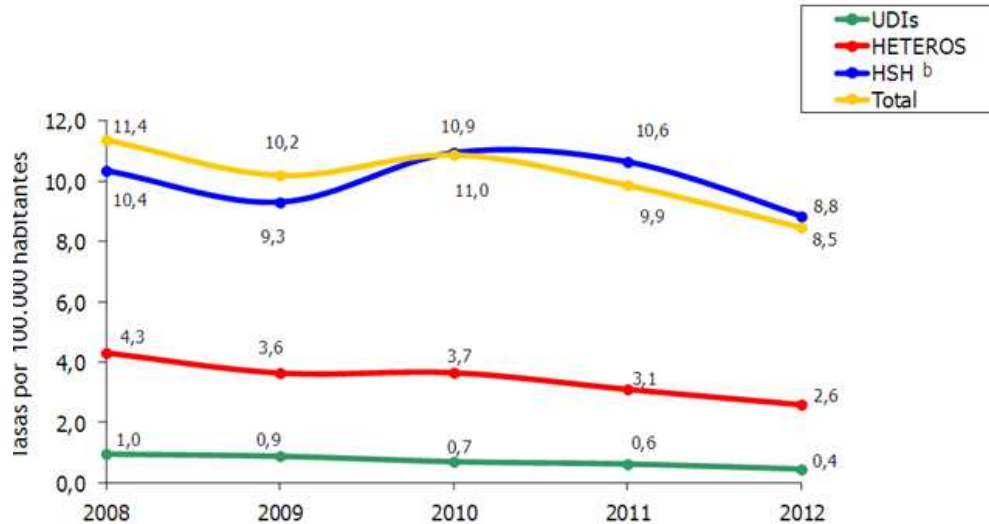
En el año 2012, el 35% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (18%). Cabe destacar que, en el caso de las mujeres, casi el 60% de los nuevos diagnósticos eran inmigrantes.

Al comparar las distintas regiones de origen, se observa que en los casos procedentes de Europa Occidental y Latinoamérica, al igual que en españoles, la transmisión entre HSH es la predominante (56%, 57% y 56% respectivamente). En los subsaharianos, en cambio, el 88% adquirió la infección a través de la transmisión heterosexual, frente al 24% que representa en españoles.

Analizando las distintas categorías de transmisión, vemos que los españoles son mayoritarios en todas ellas. Sin embargo, en la heterosexual, casi el 50% son inmigrantes, principalmente de origen latinoamericano y subsahariano. También el porcentaje de inmigrantes es alto entre los diagnósticos en HSH: tras los de origen español (71%), destacaron los de origen latinoamericano (20%).



**Tasas de nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por año de diagnóstico y categoría de transmisión. Período 2008-2012\*.**



**Fuente:** Sistema de información de nuevos diagnósticos de VIH en España (SINIVIH).

Cobertura poblacional: año 2008, 61,5% del total de la población española; años 2009-2011, 71%; año 2012, 82%.

<sup>b</sup> Tasa por 100.000 hombres.

\*Datos sin corregir por retraso en la notificación

Se estima que en España hay entre 130-160.000 personas con VIH de las que alrededor del 30% no saben que están infectadas. El 86% de los nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012 disponían de información sobre la primera determinación de linfocitos CD4 realizada tras el diagnóstico. La mediana de CD4 fue de 370 (RIC, 171-580). El porcentaje de enfermedad avanzada (EA) (<200 CD4 células/mm<sup>3</sup>) fue del 28%, y el de diagnóstico tardío (DT) de 48% (<350 CD4 células/mm<sup>3</sup>).

Al ser analizado según el sexo y modo de transmisión, el DT es máximo en el grupo de UDI (64%), seguido por el de los heterosexuales, tanto hombres (59%), como mujeres (59%). Los HSH, con un 39%, son el grupo con menor DT; sin embargo, dado el peso que tienen en las cifras globales, son el grupo más numeroso entre los casos de VIH con diagnóstico tardío (44% del total). El DT aumenta también con la edad, pasando de un 31% en el grupo de 15 a 19 años, hasta un 66% en los mayores de 49 años.

El aumento en la supervivencia de las personas afectadas por VIH, ha conllevado un cambio en su patrón de morbilidad-mortalidad. Se reduce la morbilidad asociada al VIH y aumentan de forma competitiva otras patologías, en particular las afecciones hepáticas crónicas y otras relacionadas con el envejecimiento.

Hasta el 31 de diciembre de 2012 se ha recibido la notificación de 777 casos diagnosticados en 2012. Tras corregir por retraso en la notificación, se estima que en dicho año se diagnosticaron en España 1.021 casos de sida. El 77% de los diagnósticos eran hombres. La mediana de edad fue de 43 años (RIC35-48), siendo algo mayor en los hombres que en las mujeres (43 frente a 41 años).

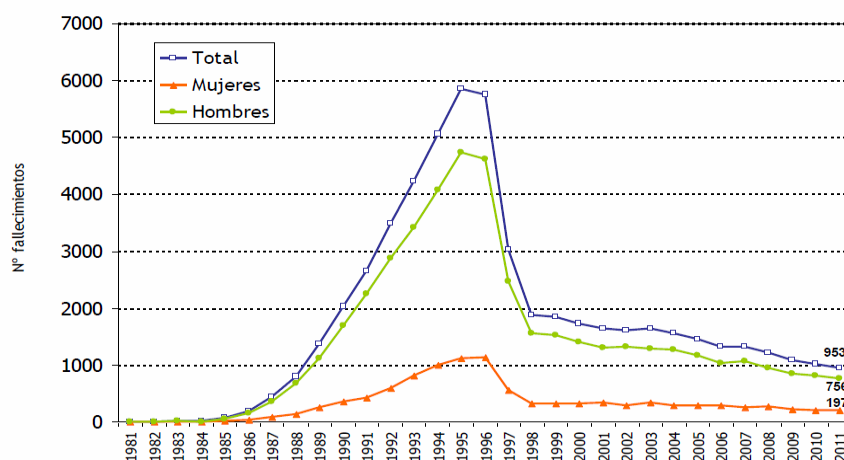


El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 35%; aunque dicha transmisión, en números absolutos, sigue afectando más hombres que a mujeres, entre las últimas adquiere especial relevancia al representar el 74% de los diagnósticos. La transmisión entre HSH supone el 31% de todos los casos y el 41% de los que afectan a hombres.

El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2012 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas descendió al 24%, siendo en el año 2008 cuando dejó de ser el mecanismo de transmisión más referido en los casos notificados. La proporción de casos pediátricos se sitúa en el 0,4%.

Según la Estadística de Mortalidad por Causas elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2011, último año disponible, se produjeron en España 953 fallecimientos por VIH/Sida, lo que arroja una tasa de mortalidad por esta causa de 2,06 por 100.000 habitantes. El 79,3% de los fallecidos eran hombres y el 20,7% mujeres, y las tasas de mortalidad respectivas por VIH/Sida fueron de 3,33/100.000 y 0,84/100.000. La edad media a la defunción fue de 47,8 años (DE: 10,0), siendo superior en hombres (48,2 años; DE: 9,8) que en las mujeres (46,5 años; DE: 10,7)

#### Mortalidad por VIH/SIDA en España. Número de fallecimientos por sexo, 1981-2011



Fuente: Estadística de Defunción. Instituto Nacional de Estadística

Si analizamos las tendencias desde el inicio de la epidemia en España se habían notificado en España un total acumulado de 83171 casos de sida hasta el 31 de diciembre de 2012. Si bien, en su inicio, la epidemia de VIH en nuestro país estuvo muy ligada a la transmisión por el uso inyectado de drogas en condiciones no higiénicas, en la actualidad el principal mecanismo de transmisión son las relaciones sexuales desprotegidas. La incidencia de sida alcanzó su cenit en 1994.



***Actualmente la tasa global de nuevos diagnósticos de VIH en España está en niveles similares a los de otros países de Europa occidental. Sin embargo, aunque la mejora respecto a décadas pasadas es indudable, la tasa es superior a la media de la Unión Europea.***

***La infección por VIH es una infección que se transmite mayoritariamente por vía sexual. Por ello, sin descuidar otras formas de transmisión, es necesario implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias.***

***Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres ocupan el primer lugar en cuanto al mecanismo probable de infección en el conjunto global de datos. También son mayoría entre las personas nacidas en España y entre los varones, sean españoles o extranjeros. Por ello, el colectivo de HSH es prioritario para los programas de prevención, especialmente el grupo entre 20 y 35 años.***

***En consonancia con el aumento de población inmigrante que ocurrió en España, las personas no españolas suponen más de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH, aunque parece que su repercusión en las cifras totales, desciende desde 2010. Por tanto, es necesario diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable.***

***En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos. Sin embargo, casi el 50% de las personas diagnosticadas de infección por primera vez en 2012 presentaba indicios de diagnóstico tardío. Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible. Durante el periodo 2007-2012 el diagnóstico tardío no ha disminuido en ninguna categoría de transmisión, aunque las cifras en HSH son mucho menores que en el resto.***

***La tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2007-2012 varía según mecanismo de transmisión: se observa una tendencia descendente en UDIs; las tasas tienden a estabilizarse en la transmisión heterosexual, sobre todo considerando el retraso en la notificación; por el contrario, aumentan claramente los nuevos diagnósticos en HSH, aunque las cifras podrían estar estabilizándose en niveles altos. Como resultado de estas tendencias contradictorias, las tasas globales están bastante estables.***

***La adhesión de nuevas CCAA en la notificación de los nuevos diagnósticos de VIH ha mejorado la representatividad de los datos. Aún así, sigue siendo necesario lograr la cobertura nacional.***

***Respecto a los nuevos casos de sida, la información aportada por el Registro Nacional indica que, tras más de una década de TARGA, el avance en la***



***reducción de la incidencia de sida en España ha sido notable. Este descenso, inicialmente espectacular, se ha ido ralentizado en los últimos años.***

***En resumen, la epidemia en España sigue estabilizada en niveles elevados, pero cada vez es más difícil hablar de una epidemia única, ya que los datos de nuevos diagnósticos sugieren la existencia de distintas sub-epidemias, con características y evolución diferentes, en función del grupo de transmisión.***

***Con estos datos, el esfuerzo de las estrategias de prevención se centra en frenar la transmisión del VIH en HSH, la adecuación y adaptación cultural de programas dirigidos a extranjeros y la disminución del retraso diagnóstico. Todo ello sin abandonar los programas de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas, cuyo riesgo sigue siendo muy elevado, ni de la prevención de la transmisión vertical, en la que deben incluirse las embarazadas originarias de otros países, que viven en España.***

### **1.3 La respuesta política y programática**

La evolución de la epidemia en el mundo ha hecho que la dimensión política y social de la infección por VIH y el Sida se haya trasladado a la escena internacional. Pero las dimensiones alcanzadas por la epidemia en España hacen que, siga siendo un importante problema de salud pública que requiere respuestas políticas, sanitarias y sociales de forma integrada, entendiéndose que ***la prevención debe ser la base de nuestra acción***, tal y como también figura en la Declaración de compromiso.

Trabajamos en el convencimiento de que el liderazgo en la respuesta a la epidemia, - es decir, la iniciativa, la innovación, la capacidad de convicción, la perseverancia, la visión de futuro y la incorporación de estrategias basadas en la evidencia-, se tiene que producir a todos los niveles, Regional, Nacional y Mundial.

Los **valores básicos** en los que se fundamenta el Plan Estratégico de prevención y control de VIH y otras ITS, 2013-2016 derivan del artículo 43 de la Constitución Española de 1978, y de la normativa desarrollada a su amparo, y coinciden, por seguir plenamente vigentes, con los **principios rectores** contemplados por los Planes anteriores. La aparición de un nuevo marco legislativo ha llevado a la incorporación de otros nuevos, basados en la Ley General de Salud Pública y en la mejora de la calidad de la prevención del VIH, que se detallan a continuación:

- **El mejor conocimiento científico disponible:** Las estrategias e intervenciones presentes en el Plan están basadas en estudios científicos de calidad, probada efectividad y la mejor evidencia científica.
- **Adecuación estratégica:** Las estrategias son coherentes con los objetivos que se persigue alcanzar, en función de los recursos disponibles y las fortalezas de la estructura organizativa, en convergencia con las estrategias internacionales.





- **Pertinencia:** Los objetivos del Plan se corresponden con las necesidades y características de la población a la que se dirigen, atendiendo a la magnitud de los problemas de salud que se pretenden corregir, justificando su necesidad y según los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad.
- **Eficiencia:** Deben conseguirse los objetivos marcados optimizando la utilización de los recursos existentes y aplicando herramientas de calidad.
- **Equidad y perspectiva de género:** Supone considerar el papel desempeñado por los determinantes sociales de la salud, estableciendo tanto medidas universales como selectivas, para conseguir el máximo potencial de salud de cada persona, sin importar las diferencias culturales, sociales o de género que presentan entre sí.  
En lo referente al género se han tenido en cuenta las desigualdades entre hombres y mujeres, y este enfoque ha orientado tanto la definición de los objetivos, como la elaboración de recomendaciones y el diseño de los indicadores del Plan.
- **Participación:** Conlleva la incorporación de todos los agentes implicados en la respuesta a la epidemia, de forma interdisciplinar y vinculada con estrategias afines.
- **Integralidad:** Las actuaciones abordarán las necesidades detectadas desde un enfoque integral, bio-psico-social, priorizando y coordinando todas las políticas y actividades.
- **Evaluación:** Deben evaluarse las iniciativas y acciones propuestas, a través de la medida del impacto de las intervenciones, de los resultados obtenidos y de su repercusión en la salud a largo plazo

El nuevo Plan mantiene especialmente como principio rector el de la **multisectorialidad**, que comprende además de la cooperación interinstitucional y autonómica, la interdisciplinariedad y la participación ciudadana.

En España son las comunidades autónomas o regiones las principales responsables de la salud de sus ciudadanos, de la educación y de los servicios sociales, por lo que el Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, debe proporcionar el liderazgo y el apoyo necesario para que los planes de sida autonómicos puedan beneficiarse del valor añadido nacional. Por otra parte, la multisectorialidad de las áreas de intervención preventiva y asistencial determina la necesidad de alianzas estratégicas con las instituciones penitenciarias, con el sistema de atención a drogodependencias, con los servicios sociales y con otros sectores. En cuanto a la interdisciplinariedad, el impacto de la epidemia va más allá de lo sanitario, y su respuesta debe contar con las aportaciones de una interacción especializada y multidisciplinar.

En este contexto, multisectorialidad significa también una acción sinérgica con los programas de salud pública de enfermedades con las que el VIH comparte vías de transmisión o estrategias preventivas y terapéuticas, como las hepatitis B y C, las infecciones de transmisión sexual, ya incorporadas en el nuevo Plan, o la tuberculosis.

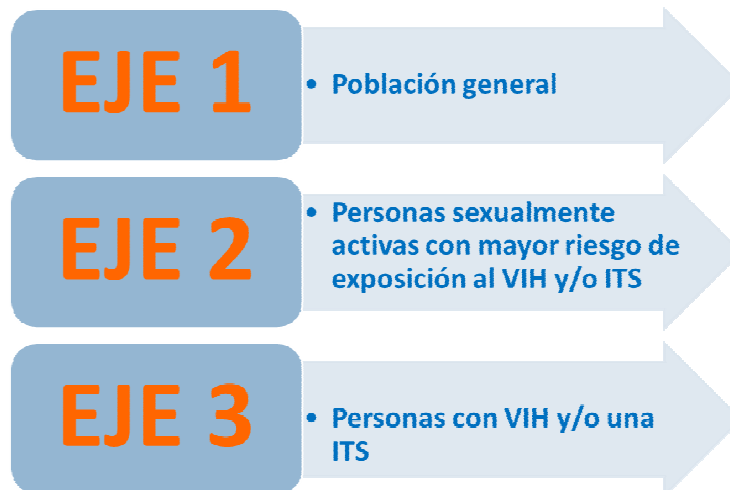


Finalmente, dentro del principio de multisectorialidad destacar la colaboración entre organizaciones no gubernamentales, que asegura calidad, eficiencia y equidad, y la adecuada participación ciudadana.

En definitiva, ***nuestra respuesta política se centra en impulsar, reunir y armonizar las actividades sectoriales de las administraciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, dirigidas coordinadamente a detener la propagación de la infección por VIH y otras ITS y a velar por la calidad de los servicios sanitarios y sociales para las personas afectadas por estas infecciones.***

La misma se recoge en el Plan estratégico de prevención y control de VIH e ITS 2013-2016, que está basado en el mejor conocimiento científico, en las buenas prácticas y en la innovación de los procedimientos, en sintonía con las necesidades de los grupos de mayor riesgo de exposición. Establece las líneas estratégicas fundamentales para el trabajo en VIH y otras ITS en España durante los próximos cuatro años, y por lo tanto representa el núcleo común de actuación y la referencia para todas las organizaciones que trabajan en la respuesta a la epidemia.

Con el fin de abordar desde una perspectiva conjunta las acciones de respuesta frente al VIH y las ITS el Plan 2013-2016 describe tres ejes de intervención, cada uno de ellos dirigido a grupos determinados de población. La subdivisión en ejes se ha realizado según criterios de prevalencia y riesgo de exposición.





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

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

Finalmente, en el absoluto convencimiento de que la respuesta nacional e internacional a la epidemia, son elementos inseparables de una respuesta eficaz y de un planteamiento general de lucha contra la epidemia, estando la infección por VIH y el sida entre las áreas prioritarias en el sector de la salud, que son reconocidas como derecho fundamental del ser humano



## 1.4 Indicadores (Tabla General)

<p><b>1. Reducción de la transmisión sexual del VIH del 50% para el 2015</b></p> <p><b>Población general</b></p>	<p><b>1.1. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 15 y 24 años que identifican correctamente cómo se previene la transmisión sexual del VIH</b></p>																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Todas/os</th> <th>Hombres (todas las edades)</th> <th>Hombres 15-19</th> <th>Hombres 20-24</th> <th>Mujeres (todas las edades)</th> <th>Mujeres 15-19</th> <th>Mujeres 20-24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96,1</td> <td>96,5</td> <td>97</td> <td>96,3</td> <td>95,6</td> <td>94,2</td> <td>95,3</td> </tr> </tbody> </table>							Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	96,1	96,5	97	96,3	95,6	94,2	95,3													
	Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24																											
	96,1	96,5	97	96,3	95,6	94,2	95,3																											
<p>* La edad de referencia no es la misma que la planteada en la pregunta (18 a 29 años de edad)            * Los rangos de edad de las respuestas son: 18-19 años y 20-24 años, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.            * No se dispone de información de las 5 preguntas planteadas y de las que se dispone información, no son idénticas:            - El % que figura en la pregunta 2 corresponde al "Porcentaje de hombres y de mujeres de 18 a 29 años de edad que sabe que el uso del preservativo masculino es una medida eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH".            - El % que figura en la pregunta 4 corresponde al "Porcentaje de hombres y mujeres de 18 a 29 años que cree que se puede transmitir por picadura de mosquito".            - El % que figura en la pregunta 5 corresponde al "Porcentaje de hombres y mujeres de 18 a 29 años que cree que se puede transmitir por beber del vaso de una persona infectada".            Los rangos de edad son: 18-19 años y 20-24 años, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.</p> <p>Fuente: Encuesta Poblacional de Salud y Hábitos Sexuales, probabilística decenal de ámbito nacional. Muestra de la Población General (18-49 años):10.980. Muestra de Jóvenes (18-29 años): 4.135</p>																																		
<p><b>1.1. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 15 y 24 años que rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH</b></p> <p>¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Todas/os</th> <th>Hombres (todas las edades)</th> <th>Hombres 15-19</th> <th>Hombres 20-24</th> <th>Mujeres (todas las edades)</th> <th>Mujeres 15-19</th> <th>Mujeres 20-24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17,2</td> <td>18</td> <td>17,3</td> <td>18,8</td> <td>16,3</td> <td>17,4</td> <td>15,1</td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Todas/os</th> <th>Hombres (todas las edades)</th> <th>Hombres 15-19</th> <th>Hombres 20-24</th> <th>Mujeres (todas las edades)</th> <th>Mujeres 15-19</th> <th>Mujeres 20-24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8,3</td> <td>8,8</td> <td>11,3</td> <td>9,7</td> <td>7,7</td> <td>8,9</td> <td>7,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observaciones y fuente igual que el anterior.</p>							Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	17,2	18	17,3	18,8	16,3	17,4	15,1	Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	8,3	8,8	11,3	9,7	7,7	8,9	7,4
Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24																												
17,2	18	17,3	18,8	16,3	17,4	15,1																												
Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24																												
8,3	8,8	11,3	9,7	7,7	8,9	7,4																												
<p><b>1.2. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 15 y 24 años que han mantenido relaciones sexuales antes de los 15</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Todas/os</th> <th>Hombres (todas las edades)</th> <th>Hombres 15-19</th> <th>Hombres 20-24</th> <th>Mujeres (todas las edades)</th> <th>Mujeres 15-19</th> <th>Mujeres 20-24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24,8</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>La pregunta que se empleó en el estudio no se ajusta exactamente a la empleada en el indicador, fue: "¿qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?"            Los rangos de edad son: 15-16 años y 17-18 años, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.</p>							Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	24,8																				
Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24																												
24,8																																		



En este estudio, tan solo se muestran las medias de las personas diferentes con las que se ha mantenido relaciones sexuales, tanto de chicos como de chicas.  
La media de personas diferentes de los entrevistados con edades de entre 15-16 años fue de 2,16 personas distintas. La media de personas diferentes de los entrevistados con edades entre 17-18 años fue de 2,61 personas distintas. Las respuestas a la pregunta de los chicos fue de 2.75 personas distintas y las respuestas a la pregunta de las chicas fue de 2,15 personas distintas.  
Fuente. Estudio Health Behaviour in School-aged Children, HBSC 2010. Desde la fecha 01/03/2010 al 31/05/210

**1.3. Porcentaje de adultos de entre 15 y 49 años que han mantenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses**

Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24
24,5						

La pregunta que se empleó en el estudio, fue: “¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas en tu vida?”

Los rangos de edad son: 15-16 años y 17-18 años, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.

En este estudio, tan solo se muestran las edades medias de la primera relación sexual, tanto de chicos como de chicas. La edad media de los chicos de entre 15-16 años fue de 14,15 años. La edad media de los chicos de entre 17-18 años fue de 15,28 años. La edad media de las chicas de entre 15-16 años fue de 14,30 años y la edad media de las chicas de entre 17-18 años fue de 15,36 años.

Fuente. Estudio Health Behaviour in School-aged Children, HBSC 2010. Desde la fecha 01/03/2010 al 31/05/210

**1.4. Porcentaje de adultos de entre 15 y 49 años que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que dijeron que habían utilizado el preservativo durante la última relación sexual**

Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24
74,4						

La pregunta que se empleó en el estudio, fue: “¿La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, tú o tu pareja utilizasteis preservativo para prevenir un embarazo?”

Los rangos de edad son: 15-16 años y 17-18 años, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.

Las respuestas a la pregunta se muestran únicamente con porcentajes.

El porcentaje de chicos que han usado preservativo en su última relación sexual fue de un 73,7%. El porcentaje de chicas que han usado preservativo en su última relación sexual fue de un 74,1%. El porcentaje de chicos y chicas de edades entre 15-16 años que han usado preservativo fue de un 74,1% y el porcentaje de chicos y chicas de edades comprendidas entre los 17-18 años que han usado preservativo fue de un 74,5%

Fuente. Estudio Health Behaviour in School-aged Children, HBSC 2010. Desde la fecha 01/03/2010 al 31/05/210

**1.5. Porcentaje de mujeres y hombres de entre 15 y 49 años que se hicieron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen su resultado**

Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Hombres 25-49	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	Mujeres 25-49



	10,4	12,8	11	16,3	11	7,9	7,1	9,4	7,2
	<p>Los datos aportados corresponden al siguiente indicador "% de personas entre 18 y 49 años que se han realizado la prueba del VIH en los últimos 5 años para saber si estaban infectadas (excluye prueba por donación de sangre, embarazo o motivos ajenos a la salud p.e seguros o viajes)" Atención, los grupos de edad de nuestra muestra no se corresponden con los solicitados, son 18-29, 30-39 y 40-49.</p> <p>De las personas que se hicieron la prueba por motivos distintos a donación de sangre, el 25.7% se la habían en los 12 meses previos a la encuesta (26.9 hombres y 24.8 mujeres). Por grupos de edad sería: 23.6% 18-29 años (32.6 hombres y 32.7 mujeres); 26.2% 30-39 años (27.2 hombres y 25.6 mujeres); 18.5% (21.0% hombres y 16.2% mujeres).</p> <p>"% de personas entre 18 y 49 años que se han hecho la prueba del VIH alguna vez en la vida" 39.4% (40.2% hombres y 38.5% mujeres)</p> <p>"% de personas entre 18 y 49 años que se han hecho la prueba del VIH alguna vez en la vida por donación de sangre" 18% (21.6 hombres y 14.2 mujeres)</p> <p>"% de personas entre 18 y 49 años que se han hecho la prueba del VIH alguna vez en la vida por otros motivos" 21.4% (18.6 hombres y 24.3 mujeres)</p> <p>Todos estos datos también están disponibles para los siguientes grupos de edad: 18-29, 30-39 y 40-49. Además disponemos del número de pruebas que las CCAA declaran haber realizado anualmente que es de 1.150.724 para 2010.</p> <p>Fuente: Encuesta Poblacional de Salud y Hábitos Sexuales, probabilística decenal de ámbito nacional. Muestra de la Población General (18-49 años):10.980</p>								
	<p><b>1.6. Porcentaje de personas jóvenes entre 15-24 años que viven con el VIH</b></p> <p>As part of the Integrated Spanish HIV Surveillance System, information on HIV prevalence among mothers of newly born babies is collected yearly since 1996 through an Unlinked Anonymous Survey (UAS), although data cannot be disaggregated by age. Data from 2010 show that among 130265 analyzed samples, 161 were HIV positive, giving a HIV prevalence of 0.12% among mothers of newly born babies Coverage of the UAS was 27% of total number of newly born babies in Spain. Detailed information on this system is available at: <a href="http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeRNVIH2003_2010.pdf">http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeRNVIH2003_2010.pdf</a>.</p>								
<b>Personas que ejercen la prostitución</b>	<p><b>1.7. Porcentaje de personas que ejercen la prostitución a los que le han llegado programas de prevención del VIH</b></p> <p>Desde el año 2005 las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas (CCAA) de España desarrollan programas de prevención del VIH dirigidos específicamente a profesionales del sexo femeninos, 15 CCAA van dirigidos a profesionales del sexo masculinos y otras 3 CCAA realizan estas actividades de forma ocasional. 15 CCAA realizan programas de prevención dirigidos a profesionales del sexo transexuales y 3 Comunidades más realizan estas actividades de forma ocasional.</p> <p>En 2011, se subvencionaron 10 programas a nivel estatal por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, lo que representa el 12,9% de la cuantía de la convocatoria.</p> <p>Fuente: ICAP 2011. Base de datos de subvenciones de la SPNS</p>								
	<p><b>1.8. Porcentaje de personas que ejercen la prostitución que dijeron que habían usado el preservativo con su último cliente</b></p> <p>Los datos proporcionados a continuación corresponden a la pregunta: "Porcentaje de mujeres/transexuales/varones que practican la prostitución que utilizó el preservativo en todas las relaciones sexuales con penetración (vaginal, oral o anal) mantenidas con clientes en los últimos 6 meses." MUJERES: Vaginal 67,1% (n=1024); oral 57,6% (n=931); anal</p>								



46,9% (n=308). TRANSEXUALES: 67,1% (n=1024). VARONES: 73,4% (n=150).

Fuente: Encuesta realizada a personas que ejercen la prostitución de 15 ciudades españolas reclutadas en unidades móviles de programa de reducción de daños de Médicos del Mundo (2001)

**1.9. Porcentaje de personas que ejercen la prostitución que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen su resultado**

Últimos datos disponibles 2010, de 15.439 tests de VIH realizados en una red de Centros de VIH/ITS 1.547 (10%) correspondieron a personas que ejercían la prostitución. Fuente: Estudio EPI-VIH. Vigilancia Centinela del VIH realizada en 19 centros de VIH/ITS repartidos por las principales ciudades españolas. Tamaño de la muestra 1.547.

**1.10. Porcentaje de personas que ejercen la prostitución que viven con el VIH**

	Todos Los/as trabajadores del sexo	Hombres	Mujeres	< 25	25 +
Porcentaje	1,9	16,9	0,5	1,2	2,2
Numerador	30	23	7	5	25
Denominador	1547	136	1411	424	1123

Datos referidos a 2010, últimos datos disponibles. Fuente: Estudio EPI-VIH. Vigilancia centinela del VIH realizada en 19 centros de VIH/ITS repartidos por las principales ciudades españolas  
Tamaño de la muestra: nº entrevistados en la encuesta 1547.

**Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres**

**1.11. Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres a los que les han llegado programas de prevención del VIH**

No hay datos disponibles

De las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas de España, 17 desarrollan programas de prevención del VIH dirigidos específicamente a HSH, y otra Comunidad realiza actividades puntuales.

Fuente: ICAP 2011.

**1.12. Porcentaje de de hombres que tienen sexo con otros hombres que dijeron que habían usado el preservativo en su última relación anal con otro hombre**

	Todos los HSH	< 25	25 +
Porcentaje	76,5		
Numerador	4.619		
Denominador	6.034		

Fuente: ESTUDIO EMIS. Resultados en España 2013. Realizada en 2010. Participación de 13.111 hombres con edades comprendidas entre 14 y 79 años. Edad media 33,1 años. El 37,6% de los participantes se encontraba en el grupo de edad de 20-29 años.

Entre los 6.089 hombres que practicaron la penetración anal con alguna pareja estable en los últimos 12 meses, 5.918 contestaron a la pregunta sobre frecuencia de uso del preservativo. Entre estos, el 25,2% usó siempre el preservativo en sus relaciones sexuales con parejas estables en los últimos 12 meses y respondieron a la pregunta sobre uso del preservativo en la última penetración anal, de estos 2.191 (37,1%) afirmaron haber usado el preservativo en la última penetración anal realizada con una pareja estable. Entre los 6.034 participantes con alguna pareja sexual ocasional en los últimos 12 meses, que declararon haber practicado la penetración anal con su última pareja sexual ocasional y contestaron a la pregunta sobre uso del preservativo, 4.619 (76,5%) declararon haber usado preservativo en la última penetración anal.



**1.13. Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen su resultado**

	Todos/as	< 25	25 +
Porcentaje	44,4	37,2	46,6
Numerador	5.411	1.089	4.322
Denominador	12.196	2.926	9.270

Datos procedentes del estudio EMIS, realizado en 2010. EMIS es un estudio online de ámbito europeo, realizado en 38 países y financiado por DG SANCO de la Comisión Europea. Muestra no representativa de HSH de todas las regiones del país. Del total de 13.111 HSH participantes en EMIS-España, 12.196 respondieron a la pregunta sobre realización de la prueba del VIH.

**1.14. Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres que viven con el VIH**

	Todos los HSH	< 25	25 +
Porcentaje	13,1	10,9	13,9
Numerador	399	91	308
Denominador	3055	837	2218

Fuente: Estudio EPI-VIH. Información correspondiente al año 2010. Vigilancia centinela del VIH realizada en 19 centros de VIH/ITS repartidos por las principales ciudades españolas.

**2. Reducción de la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas del 50% para el 2015**

**2.1. Número de jeringuillas distribuidas para personas que se inyectan drogas por año en los programas de intercambio de jeringuillas**

Numerador Número de jeringas distribuidas en los últimos doce meses por los programas de agujas y jeringas: 1.965.439

Fuente: Informe del Cuestionario de Actividades de Prevención de las Comunidades Autónomas (ICAP) año 2011

**2.2. Porcentaje de personas que se inyectan drogas que dijeron usar el preservativo en su última relación sexual**

Fuente: UDI reclutados en centros de reducción de daños en una única Comunidad Autónoma (Cataluña) mediante un muestreo estratificado multietápico. Tamaño muestral:748

Se estratificó por tipo de centro según si el porcentaje estimado de inmigración era > o no del 5% y por país de origen dentro de cada centro.

Criterios de inclusión: inyección al menos una vez en los últimos 6 meses.

El indicador es uso consistente del preservativo: "utilizar el preservativo siempre en las relaciones sexuales de los últimos 6 meses con pareja ocasional" 66.9% del 34.4% de los encuestados que dijeron haber tenido relaciones sexuales con pareja ocasional

Se dispone también de la información relativa al utilizar el preservativo siempre en las relaciones sexuales de los últimos 6 meses con pareja estable" que es 29.2% de los que habían tenido relaciones sexuales con pareja estable (48.3% de la muestra)

No se dispone de datos desagregados por sexo aunque el 78,1% de la muestra eran hombres.

**2.3. Porcentaje de personas que se inyectan drogas que haber usado material estéril la última vez que se inyectaron**

Fuente: UDI reclutados en centros de reducción de daños en una única Comunidad Autónoma (Cataluña) mediante un muestreo estratificado multietápico. Tamaño muestral:748

Se estratificó por tipo de centro según si el porcentaje estimado de inmigración era > o no del 5% y por país de origen dentro de cada centro.





	<p>Criterios de inclusión: inyección al menos una vez en los últimos 6 meses.</p> <p>- Prevalencia de aceptar o pasar jeringuillas en los últimos 6 meses fueron de 19.4 y 22.9 respectivamente. front/back loading 49.9% - Compartir otro material de inyección como cuchara, filtro, o agua para preparar la dosis 54%.</p> <p><b>2.4. Porcentaje de personas que se inyectan drogas que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que conocen su resultado</b></p> <p>Fuente: UDI reclutados en centros de reducción de daños en una única Comunidad Autónoma (Cataluña) mediante un muestreo estratificado multietápico. Tamaño muestral:748 Se estratificó por tipo de centro según si el porcentaje estimado de inmigración era &gt; o no del 5% y por país de origen dentro de cada centro. Criterios de inclusión: inyección al menos una vez en los últimos 6 meses.</p> <p>El 89.1% se habían hecho la prueba alguna vez en la vida</p> <p><b>2.5. Porcentaje de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH</b></p> <table border="1" data-bbox="293 900 1027 1090"> <thead> <tr> <th></th> <th>Todos los UDI</th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> <th>&lt; 25</th> <th>25 +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porcentaje</td> <td>16,4</td> <td>16,7</td> <td>12,90</td> <td>0</td> <td>18,3</td> </tr> <tr> <td>Numerador</td> <td>22</td> <td>17</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Denominador</td> <td>134</td> <td>102</td> <td>31</td> <td>14</td> <td>120</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Estudio EPI-VIH. Datos correspondientes a 2010. Vigilancia Centinela del VIH, realizada en 19 centros de VIH/ITS repartidos por las principales ciudades españolas. Tamaño de la muestra: 134</p>		Todos los UDI	Hombres	Mujeres	< 25	25 +	Porcentaje	16,4	16,7	12,90	0	18,3	Numerador	22	17	4	0	22	Denominador	134	102	31	14	120
	Todos los UDI	Hombres	Mujeres	< 25	25 +																				
Porcentaje	16,4	16,7	12,90	0	18,3																				
Numerador	22	17	4	0	22																				
Denominador	134	102	31	14	120																				
<p><b>3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida</b></p>	<p><b>3.1. Porcentaje de mujeres con VIH embarazadas que reciben TAR para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil</b></p> <table border="1" data-bbox="293 1337 1195 1498"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor de los datos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porcentaje</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>Numerador</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Desagregación por tipo de terapia (Maternal Triple TAR)</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>Denominador</td> <td>28</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Cohorte NENEXP que incluye la Cohorte de Madrid con datos de 7 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, que representan el 80% de los partos de esta región. Datos referidos al año 2012.</p> <p><b>3.1a Porcentaje de mujeres que viven con el VIH y que recibe medicamentos antirretrovíricos para ellas o para sus lactantes durante la lactancia materna</b></p> <p>Indicador no pertinente. No se recomienda la lactancia materna</p> <p><b>3.2. Porcentaje de niños nacidos de mujeres con VIH a los que se les hace la prueba del VIH en los dos meses después de su nacimiento</b></p> <table border="1" data-bbox="293 1899 1104 1926"> <thead> <tr> <th></th> <th>Valor de los datos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Valor de los datos	Porcentaje	100	Numerador	28	Desagregación por tipo de terapia (Maternal Triple TAR)	28	Denominador	28		Valor de los datos												
	Valor de los datos																								
Porcentaje	100																								
Numerador	28																								
Desagregación por tipo de terapia (Maternal Triple TAR)	28																								
Denominador	28																								
	Valor de los datos																								



	<table border="1"> <tr><td>Porcentaje</td><td>93</td></tr> <tr><td>Valor de la prueba (positivo)</td><td>0</td></tr> <tr><td>Valor de la prueba (negativo)</td><td>27</td></tr> <tr><td>Valor de la prueba (indeterminado)</td><td>0</td></tr> <tr><td>Valor de la prueba (rechazado por el laboratorio)</td><td>0</td></tr> <tr><td>Valor de la prueba (otros)</td><td>0</td></tr> <tr><td>Numerador</td><td>27</td></tr> <tr><td>Denominador</td><td>27</td></tr> </table>	Porcentaje	93	Valor de la prueba (positivo)	0	Valor de la prueba (negativo)	27	Valor de la prueba (indeterminado)	0	Valor de la prueba (rechazado por el laboratorio)	0	Valor de la prueba (otros)	0	Numerador	27	Denominador	27	<p>Fuente: Cohorte NENEXP que incluye cohorte de Madrid con datos de 7 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid que representan el 80% de los partos de esta región. Los datos son referidos al año 2012</p>
Porcentaje	93																	
Valor de la prueba (positivo)	0																	
Valor de la prueba (negativo)	27																	
Valor de la prueba (indeterminado)	0																	
Valor de la prueba (rechazado por el laboratorio)	0																	
Valor de la prueba (otros)	0																	
Numerador	27																	
Denominador	27																	
<p><b>4. Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015</b></p>	<p><b>3.3. Tasa de transmisión materno-infantil (modelado)</b></p> <table border="1"> <tr><td></td><td>Valor de los datos</td></tr> <tr><td>Porcentaje</td><td>1,1</td></tr> <tr><td>Numerador</td><td>1</td></tr> <tr><td>Denominador</td><td>89</td></tr> </table> <p>Fuente: Cohorte NENEXP que incluye la Cohorte de Madrid con datos de 7 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, que representan el 80% de los partos de esta región. Los datos son referidos al año 2012</p> <p><b>4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que están recibiendo TAR</b></p> <table border="1"> <tr><td></td><td>Valor de los datos</td></tr> <tr><td>Porcentaje</td><td>100</td></tr> <tr><td>Numerador</td><td>101542</td></tr> <tr><td>Denominador</td><td>101542</td></tr> </table> <p>Fuente: Estimación a partir de los datos anuales proporcionados por las comunidades autónomas.</p> <p><b>4.2. Porcentaje de adultos y niños con VIH que continúan en tratamiento 12 meses después de haber iniciado el TAR</b></p> <p>Los mismos que en el indicador anterior</p>		Valor de los datos	Porcentaje	1,1	Numerador	1	Denominador	89		Valor de los datos	Porcentaje	100	Numerador	101542	Denominador	101542	
	Valor de los datos																	
Porcentaje	1,1																	
Numerador	1																	
Denominador	89																	
	Valor de los datos																	
Porcentaje	100																	
Numerador	101542																	
Denominador	101542																	
<p><b>5. Reducción de las muertes por tuberculosis entre las personas con VIH en un 50% para el 2015</b></p>	<p><b>5.1. Porcentaje estimado de personas co-infectadas que reciben tratamiento para la tuberculosis y para el VIH</b></p> <table border="1"> <tr><td></td><td>Todos los casos</td></tr> <tr><td>Porcentaje</td><td>100</td></tr> <tr><td>Numerador</td><td>8912</td></tr> <tr><td>Denominador</td><td>8912</td></tr> </table> <p>Según normas nacionales a todos los pacientes con infección por el VIH se les hace la prueba de tuberculosis y todos los positivos reciben tratamiento. La tuberculosis es la enfermedad definitiva de sida más frecuente, alrededor del 10% de personas con VIH tienen tuberculosis según datos de la Encuesta Hospitalaria, se realiza un estimado entre los pacientes en TARV y este porcentaje.</p> <p>Fuente: Encuesta hospitalaria y registro de pacientes en TARV (anual)</p>		Todos los casos	Porcentaje	100	Numerador	8912	Denominador	8912									
	Todos los casos																	
Porcentaje	100																	
Numerador	8912																	
Denominador	8912																	



<b>6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al Sida para 2015....</b>	<b>6.1. Gasto nacional e internacional en sida por categorías y fuentes de financiación</b>						
	<b>CONCEPTO</b>		<b>GASTO</b>				
	Administración central del Estado		3.052.000 (Programas de prevención ya acción social)				
	Comunidades Autónomas		3.225.800 (Programas IRPF)				
	Cooperación <sup>(1)</sup>		(Programas de prevención y acción social)				
	Investigación <sup>(1)</sup>		No disponibles				
	Gasto en ARV <sup>(2)</sup>		No disponibles				
			725.235.779,75 €				
(1) Se actualizará cuando esté disponible							
(2)El gasto y nº de pacientes en tratamiento ha sido estimado para la CA de Murcia y nº de pacientes en tratamiento para la CA de Baleares)							
<b>7. Eliminar las desigualdades de género</b>	<b>7.1. Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses.</b>						
	Fuente: 4ª macroencuesta de violencia de género. Muestra: mujeres de 18 años en adelante residentes en España. Ámbito nacional, excluidas Ceuta y Melilla. El informe realiza diversas extrapolaciones de datos tomando como referencia los datos de población del Padrón Municipal para realizar un acercamiento a las cifras de incidencia de la violencia de género en España de diversos colectivos de mujeres.						
	Puntos de muestreo: 630 municipios y 50 provincias. Nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas), y P=Q, el error real es de ±1,12% para el conjunto de la muestra y en el supuesto de muestreo aleatorio simple.						
	No se recogen datos de mujeres entre 15 y 17 años. No se desagrega la violencia psicológica, física y sexual. Los datos se refieren a violencia de género o maltrato de género en global. Aunque se ofrecen datos sobre violencia y estado civil de las mujeres, el dato no se cruza con la edad, y no se recoge información sobre si quien ejerce el maltrato es la pareja u otra persona.						
	Proporción de mujeres de 18 y más años que han sufrido violencia de género en los últimos 12 meses						
	Total	18-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	60-64 años	65 y mas
	3,0	3,7	3,9	3,6	2,4	3,2	1,4
	Proporción de mujeres de 18 y más años que han sufrido violencia de género por estado civil en los últimos 12 meses						
	Total	Casada	Soltera	Viuda	Separada	Divorciada	
	3,0	2,1	3,5	0,3	8,5	12,8	
Disponible: <a href="http://observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf">http://observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf</a>							
<b>8. Erradicar el estigma y la discriminación</b>	<b>8.1. Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH.</b>						
	Fuente: Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH. Informe FIPSE 2010 y Encuesta sobre Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH 2012.						
	En este estudio se preguntó a las personas entrevistadas por el grado de incomodidad que sentirían en 3 situaciones que implican un potencial contacto con una persona con VIH.						
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mandar a un hijo a un colegio en el que se sabe que otro estudiante tiene VIH</li> <li>2) Trabajar en una oficina donde uno de los compañeros tiene VIH</li> <li>3) Comprar en una tienda habitual en la que un empleado tiene el VIH</li> </ol>						
El formato de respuesta a estas preguntas era tipo LIKERT de 4 puntos (donde 1 “nada incómodo” y 4 “absolutamente incómodo”).							



	<p>A continuación de cada situación se preguntaba a la persona entrevistada su potencial intención conductual de evitación. Las preguntas empleadas fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ¿Trataría de mandar a su hijo por esta razón a otro colegio si pudiera?</li> <li>2) ¿Pediría que esa persona fuera cambiada otro sitio o cambiarse usted si pudiera?</li> <li>3) ¿Trataría por esta razón de ir a comprar a otra tienda si pudiera?</li> </ol> <p>La respuesta a esta pregunta era dicotómica. Los resultados muestran que el ámbito en el que las personas con VIH son más rechazadas es, con mucha diferencia el colegio. Casi el 60% de los padres manifiesta un cierto grado de incomodidad ante el hecho de que un compañero de su hijo/a fuera seropositivo y el 40% le cambiarían de colegio. Después viene el ámbito de la vida cotidiana (comprar en una tienda donde el empleado tenga VIH), donde el 4,5% se sentirían incómodos y más del 50% cambiaría de tienda.</p> <p>Por último en el entorno del trabajo, un 30,8 % declara algún tipo de incomodidad, frente a un 68,6%. Tan solo un 1,7% se sentiría absolutamente incómodo y solicitaría un cambio en su puesto de trabajo.</p>
<p><b>10. Fortalecer la integración del VIH</b></p>	<p><b>10.1. Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años.</b></p> <p>Indicador no pertinente</p>
	<p><b>10.2. Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses.</b></p> <p>Indicador no pertinente</p>
<p><b>Cuestiones sobre políticas (referentes a los 10 objetivos)</b></p>	<p><b>A. Pruebas de detección del VIH y orientación conexas España 2013</b></p> <p>Se recomienda la realización de pruebas en adolescentes, niños, “menores maduros”, grupos vulnerables, embarazadas y según lo recogido en el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras ITS. 2013-2016 y las recomendaciones de la Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario.</p> <p><b>B. Tratamiento Antirretroviral</b></p> <p>Se publican directrices para el TAR en adultos: Documento de Gesida y PNS respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el VIH. Directrices para la prevención de la transmisión materinoinfantil. Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH.</p> <p>Se han adaptado las recomendaciones de las directrices de la OMS y de otras organizaciones internacionales, en el Documento del Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus del VIH en adultos, en la prevención de la transmisión materno infantil y en tratamiento pediátrico.</p> <p>No se precisa priorizar el tratamiento a las personas con &lt;350 CD4 ya que se prescribe tratamiento &lt;500 CD4</p> <p>Se recomiendan las directrices del TAR en pacientes seropositivos para el VIH con tuberculosis activa, en parejas serodiscordantes. Se usan preferentemente combinaciones de dosis fija en TAR. La combinación ARV es la de elección en las directrices nacionales como tratamiento de primera línea en adolescentes y adultos. La dt4T se eliminó en el año 2008.</p> <p>Se consideran de elección los esquemas basados en LPV/r en todos los niños &lt;36 meses. Se recomienda el efavirenz en niños de 3 años y la estructura recomendada en niños de 3 a 10 años es AZT+3TC (or FTC)</p> <p>En adolescentes la estructura recomendada es AZT+3TC (or FTC)</p> <p>El 100% de los Hospitales usan la tecnología de recuento de CD4.</p> <p><b>C. Prevención transmisión maternoinfantil</b></p> <p>Existe en España un Plan Estratégico de prevención y control de la infección por VIH y otras ITS 2013-2016</p> <p>La opción de PTMI que se recomienda es la opción A.</p> <p>El esquema de TAR recomendado es AZT+3TC+LOP/r ó AZT+3TC+ATZ/r</p> <p>El esquema de PTMI que se recomienda a nivel nacional es :</p> <p>“madre con carga viral &lt;50 cop/mL:ZDV *si madre con diagnóstico conocido o carga viral &gt;50 cop/mL:ZDV/+3TC+NVP. Duración 4 semanas y evaluación.</p> <p>No se recomienda la lactancia materna.</p>



**D. Infecciones de Transmisión Sexual**

Existen directrices actualizadas al año 2011

**E. Grupos poblacionales**

HSH, Transexuales, Trabajadores del sexo, personas que se inyectan drogas, personas en instituciones penitenciarias, adolescentes en grupos de riesgo

Todos los grupos poblacionales reciben TAR, tratamiento de las ITS, conjunto integral de intervenciones,...

**F. Circuncisión masculina**

No aplicable

**G. Vigilancia**

Existe vigilancia sistemática de los datos epidemiológicos y centinela en los grupos de riesgo y de conductas

**H. Seguimiento y Evaluación**

Existe un cronograma de las actividades del Plan Estratégico 2013-2016 y un plan de seguimiento y Evaluación de los indicadores del Plan y del progreso de la epidemia, anuales en mitad del periodo y al final de la vigencia del Plan.

**I. Farmacorresistencia del VIH**

Existe una estrategia nacional vigente sobre vigilancia de farmacorresistencias y está incorporada en la estrategia nacional.

**J. Vigilancia de Toxicidad**

Existe una estrategia nacional vigente sobre toxicovigilancia y está incorporada en la estrategia nacional.

**K. Planificación y revisión estratégicas**

Para cada actividad incorporada en el Plan Estratégico se desarrolla un protocolo de implementación, que incluye a los agentes implicados en la respuesta a la epidemia, desde las Comunidades, Autónomas, la Sociedad Civil incluyendo a las personas afectadas por VIH y otras ITS, otros Departamento Ministeriales, las Sociedades Científicas y los Colegios Profesionales

**L. Salud reproductiva e investigación**

Existen centros específicos de salud reproductiva, y centros hospitalarios generales que proporcionan técnicas de reproducción asistida que incluyen a personas con VIH.

En un centro de ITS en Madrid existe una cohorte en la que hasta el 31/12/2012 se habían documentado 123 gestaciones naturales en parejas serodiscordantes, sin ningún casos de transmisión al bebé o a la pareja y sin la utilización de técnicas de reproducción asistida. En el año 2013 se produjeron 21 gestaciones más.. Las 123 gestaciones se han obtenido tras 3.065 relaciones cóitales sin protección en el periodo ovulatorio de la mujer. El programa se inició en 2002, incluyendo consejo reproductivo. (Cohorte de parejas serodiscordantes en tratamiento del Centro de ITS de Sandoval.. Comunidad Autónoma de Madrid.



## II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

Desde el inicio de la epidemia en España el número de personas con VIH ha ido aumentando paulatinamente, en particular tras la implantación de la TAR.

Se estima que en el año 2012 vivían en España 150.000 (130.000-160.000) personas con infección por VIH, lo que representa una prevalencia global en la población adulta española (15-49 años) del 0,4%.

La estimación del total de personas con VIH en España se realiza bianualmente, utilizando los programas "Estimation and Projection Package (EPP) and Spectrum", desarrollados con este fin por ONUSIDA y la OMS. Para ello, se utiliza información sobre prevalencias de VIH en distintos grupos vulnerables, estimaciones sobre el tamaño poblacional de estos grupos y datos sobre el uso de tratamiento antirretroviral.

<b>Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España a finales de 2012</b>	
Nuevos diagnósticos de VIH (tasa por 100000 habitantes)*	10.0 (8,5-11,0)
Mecanismo probable de infección de los nuevos diagnósticos de VIH*	
Usuarios de drogas por vía parenteral	5% (5%-10%)
Hombres con prácticas homosexuales	51% (50% - 55%)
Riesgo heterosexual	31 % (30% - 35%)
Personas que viven con infección por el VIH**	150.000 (130.000-160.000)
Prevalencia de infección por VIH (tasa por 100 habitantes)**	0,3- 0.4
Mecanismo probable de infección en las personas que viven con VIH***	
Usuarios de drogas por vía parenteral	37% (35% - 40%)
Hombres con prácticas homosexuales	22% (20% - 25%)
Riesgo heterosexual	33% (30% - 35%)
Características de las personas que viven con VIH***	
Hombres	70% (70% - 80%)
Mujeres	29% (20% - 30%)
Niños (menores de 13 años)	< 1%
Personas que han desarrollado sida desde el comienzo de la epidemia****	83.177 (83.000 - 99.000)
Muertes por VIH/sida desde el principio de la epidemia****	55.199 (55.199- 61000)

\*SINIVIH: Basada en datos de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Cataluña, Ceuta, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra y País Vasco (82% del total de la población española). Estimaciones teniendo en cuenta el retraso en la notificación

\*\* Estimaciones realizadas mediante el paquete EPP/Spectrum

\*\*\*Basada en datos de la Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH/sida

\*\*\*\*Estimaciones teniendo en cuenta la subnotificación.

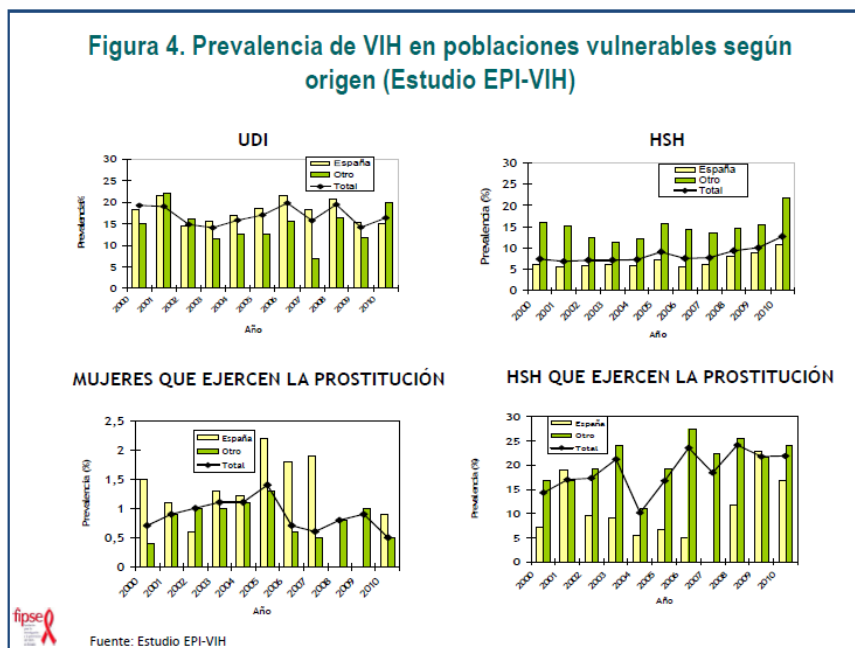


Al analizar por diferentes grupos la situación de la prevalencia de VIH es heterogénea. La prevalencia de VIH en madres de recién nacidos vivos se ha monitorizado desde 2003 en 6 CCAA por el método de anónimos no relacionados, utilizando para ellos los restos de la sangre usada para el programa de detección de metabolopatías. Se utiliza este grupo de población por considerarse que su prevalencia de VIH es un buen estimador de la situación en heterosexuales de bajo riesgo. Durante el periodo 2003-2010, la prevalencia de VIH en el conjunto de madres analizadas se mantuvo por encima de 1‰, y descendió significativamente desde el 1,73‰ en 2003 al 1,24‰ en 2010.

La prevalencia de VIH en personas que se realizan por primera vez el test del VIH en los 20 centros específicos de VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS) incluidos en la red EPI-VIH y ubicados en las principales ciudades españolas, se analiza desde el año 2000. La prevalencia global de VIH en estos centros descendió de 3,2% en el año 2000 a 2,3%, en 2007, y a partir de 2008 aumentó hasta alcanzar el 3,3% en 2010; durante el periodo 2000-2010 la tendencia no es significativa. La prevalencia más alta se encontró en UDI (rango: 14,1%-19,8%) y en HSH sin otros factores de riesgo (rango: 6,8%- 12,7%); la prevalencia en heterosexuales de ambos sexos fueron siempre inferiores al 1,5%, y entre 2000 y 2010 la tendencia fue decreciente. Entre los trabajadores sexuales, las cifras de prevalencia en mujeres están estabilizadas en torno al 1%, mientras que en HSH los valores fueron muy superiores, entre el 10,2% y el 24,1%.

Analizando la prevalencia por año de diagnóstico, origen y categoría de transmisión, se aprecian cifras más altas en españoles que en extranjeros entre los UDI y las trabajadoras sexuales (estas sólo hasta 2008), mientras que ocurre lo contrario en heterosexuales y HSH, sean o no trabajadores sexuales.

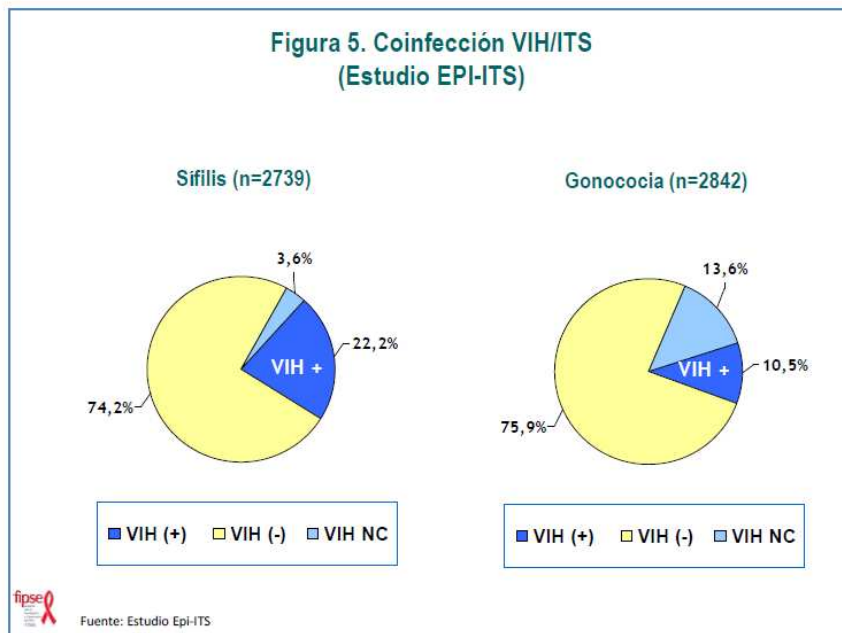
**Figura 4. Prevalencia de VIH en poblaciones vulnerables según origen (Estudio EPI-VIH)**





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

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



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

- **Indicadores conductuales**

El European MSM Internet Survey (EMIS), estudio dirigido a HSH y realizado a través de Internet, cuyo objetivo fue obtener información sobre homosexualidad, conductas de riesgo o preventivas relacionadas con el VIH y las ITS, conocimientos sobre VIH, homofobia y discriminación. Se trata de un proyecto financiado por la Unión Europea en el que participaron más de 180.000 HSH de 38 países europeos con un cuestionario común traducido a 25 lenguas que se realizó en verano de 2010.

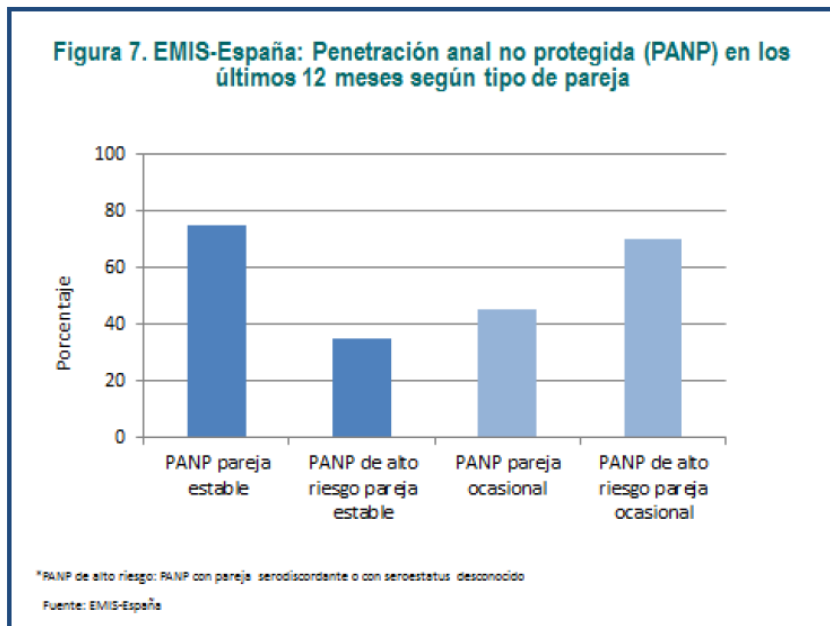
En España participaron 13.730 hombres, la mayoría de los cuales se identificaba como gay. El 36% tenía pareja estable, el 76,5% refirió al menos una pareja ocasional en los 12 meses previos al estudio y un 27,4% 10 o más. La penetración anal no protegida (PANP) se practicó más con las parejas estables que con las





ocasionales (75% frente a 45,3% entre quienes realizaron penetración anal), pero en este último caso generalmente (69,8%) se practicó con alguien cuyo estatus VIH era desconocido o discordante.

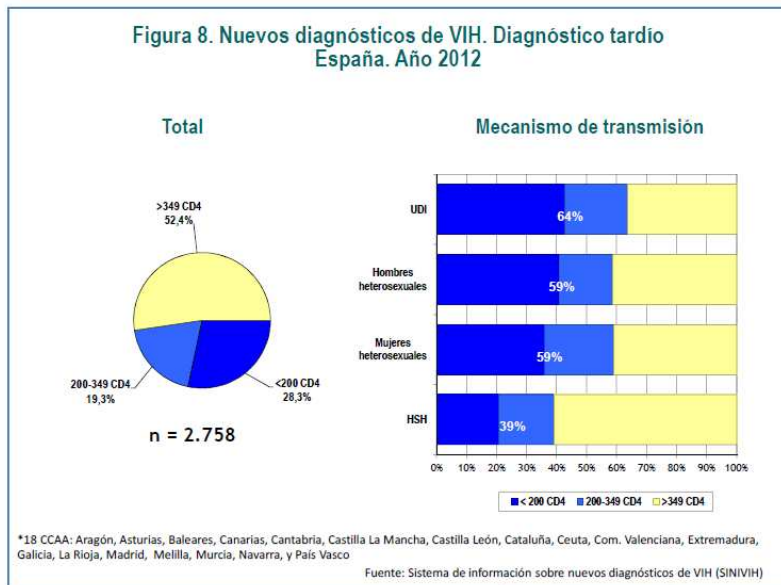
El 44,4% de los HSH participantes en EMIS-España se había realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el 74% al menos una vez en la vida, siendo la prevalencia autorreferida de VIH entre estos del 12%. El consumo de drogas para sexo y fiesta fue muy común y el 5% de los participantes decían estar preocupados por su consumo de sustancias ilegales.



- **Diagnóstico Tardío**

En el año 2012, se diagnosticaron en España un total de 1.314 nuevos casos de VIH (47.6% del total de casos con determinación de CD4) que en el momento de ser identificados como tales presentaban menos de 350 CD4, lo que implica un deterioro inmunitario que sugiere un diagnóstico tardío. Estas personas no se beneficiaron plenamente del TAR y podrían haber desempeñado un papel relevante en la transmisión del virus al desconocer que estaban infectadas.

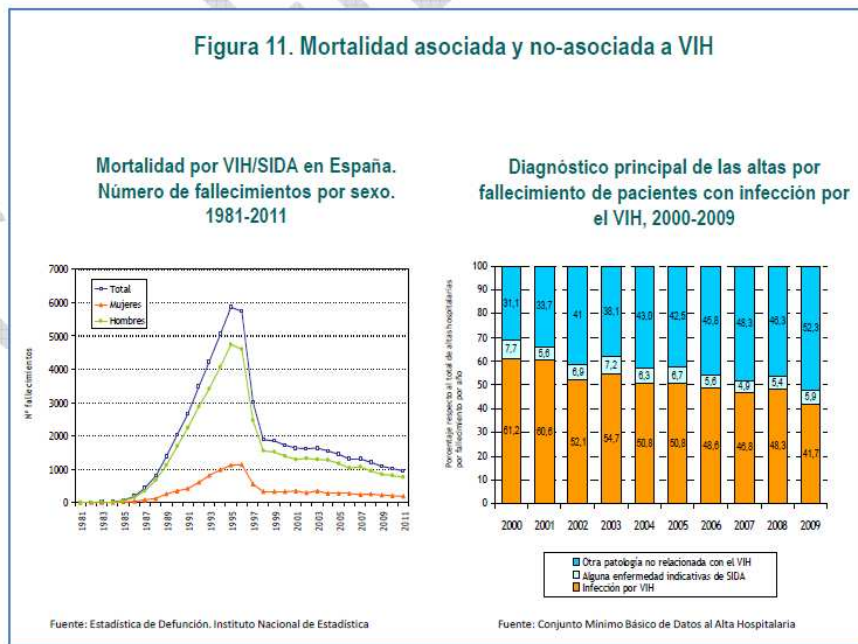
En el análisis multivariado se observa que la probabilidad de presentar diagnóstico tardío es mayor en los hombres, las personas extranjeras y las que se infectaron por contacto heterosexual o por compartir material de inyección.



- **Mortalidad**

En cuanto a la tendencia desde el inicio de la epidemia, entre 1981 y 2011 se produjeron 55.199 fallecimientos por VIH/Sida, con un máximo en 1995, cuando 5.857 personas fallecieron a causa de esta infección. Desde esa fecha, sobre todo tras la generalización del TAR, los fallecimientos disminuyeron radicalmente hasta 1998 (descenso del 68%), y desde entonces el descenso se ha ralentizado; con respecto a 2010, la mortalidad por VIH/sida se redujo un 6,6% en 2011.

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



La extensión de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) a partir de 1996, provocó un descenso muy acusado en la morbi-mortalidad por sida, que se ha ralentizado en los últimos años. Sin embargo, aunque la incidencia de sida ha caído un 85% desde la extensión del TARGA a partir del año 1996, nuestro país sigue presentando una de las tasas más altas entre los países de Europa occidental.

### Los puntos clave de la epidemia en España son:

La epidemia de VIH en España es una epidemia madura y concentrada en determinados grupos de población. Del análisis de la información epidemiológica se concluye lo siguiente:

#### 1. La epidemia ha experimentado grandes cambios desde su inicio en su magnitud y en el patrón epidemiológico de los casos. En el momento actual:

- La tasa de nuevos diagnósticos de VIH es casi la mitad que la de incidencia de sida cuando esta alcanzó su pico, en 1994.
- La infección por VIH es mayoritariamente de transmisión sexual. Los UDI solo representan el 5% de los casos, la transmisión madre-hijo en torno al 0,2-0,3% y la derivada de transfusiones/hemoderivados es habitualmente menor del 0,2%
- Los HSH se configuran como el grupo más relevante para la epidemia de VIH, ya que actualmente representan el 53,6% de los diagnósticos y es el único en el que la tasa de nuevos diagnósticos se incrementa. En contraste la tasa de nuevos diagnósticos en UDI decrece y la tasa en heterosexuales está estabilizada o es ligeramente descendente.



- Las personas extranjeras representan casi un 40% de los nuevos diagnósticos, aunque el pico máximo se produjo en el año 2008.
2. **La prevalencia global del VIH en España ha aumentado al incrementarse la supervivencia de las PVVIH, pero la situación entre los distintos grupos es heterogénea, como muestran los sistemas de vigilancia centinela de la infección:**
    - En madres de recién nacidos vivos la prevalencia de VIH disminuye
    - En hombres y mujeres heterosexuales que acuden a la red EPI-VIH la prevalencia desciende. En trabajadoras sexuales la prevalencia está en niveles similares a los de las mujeres heterosexuales de alto riesgo. En trabajadores sexuales HSH la prevalencia es casi 20 veces más alta, y también está estable, aunque los tamaños muestrales son limitados.
    - En UDI, la prevalencia está estabilizada, en niveles que están entre los más altos de Europa.
    - En HSH no trabajadores sexuales, la prevalencia aumenta
  3. **La prevalencia de conductas de riesgo para la transmisión sexual del VIH en HSH es alta.** También se registran deficiencias en el uso de preservativos en personas con infección por VIH.
  4. **El aumento de las tasas de incidencia de gonococia y sífilis sugiere un aumento de las conductas de riesgo.**
  5. **Tanto el número como el porcentaje de las personas con infección por VIH que están en tratamiento con TAR muestran una tendencia ascendente,** lo que ha tenido consecuencias muy beneficiosas para los pacientes, reflejadas en parámetros como el nivel de CD4 o la carga viral. **No obstante, persisten retos importantes para maximizar la efectividad del tratamiento, como son:**
    - La disminución de la fracción no diagnosticada y del retraso diagnóstico
    - La disminución del tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VIH y el inicio del seguimiento clínico, sobre todo en los UDI.
    - La mejora de la asistencia a consultas y de la adherencia en poblaciones socialmente desfavorecidas.
  6. **La prevalencia de personas mayores de 50 años con VIH ha aumentado desde el 7,7% en 2000 hasta el 29,9% en 2012.** Esto representa al mismo tiempo un éxito de la política española sobre VIH y un gran reto de futuro, por las especiales necesidades, sanitarias y sociales, de las personas infectadas con VIH.
  7. **La mortalidad por VIH/Sida sigue disminuyendo, aunque el descenso se ha ralentizado en los últimos años.** Por el contrario, aumenta proporcionalmente la mortalidad no relacionada con el VIH, sobre todo a expensas de la patología hepática y oncológica.

***En resumen, se puede concluir que, globalmente, la transmisión del VIH ha disminuido notablemente en España hasta situarse en niveles similares a los de otros países del entorno de la Unión Europea. Además, se evidencia un gran cambio en los patrones epidemiológicos. Mientras que, en décadas pasadas, el grueso de las nuevas infecciones era consecuencia del uso compartido de material para inyección de drogas, actualmente la mayoría se deben a relaciones sexuales no protegidas. Sin embargo, mientras que la vía parenteral como causa de infección desciende a lo largo del periodo***



***analizado, no ocurre lo mismo con el contacto heterosexual cuyo descenso se ralentiza, ni con la debida a contactos sexuales entre hombres que ha aumentado en los años analizados.***

## **Sistemas de vigilancia centinela**

En España existen sistemas de vigilancia centinela de la prevalencia de VIH en distintas poblaciones que permiten obtener información sobre la afectación tanto de la población sin conductas de riesgo conocidas, como de la situación en los grupos más vulnerables.

- **La prevalencia de VIH en clientes de centros de diagnóstico y tratamiento de ITS e infección por VIH** se monitoriza mediante una red centinela de 21 centros de este tipo localizados en 19 ciudades españolas (Estudio EpiVIH). Durante el periodo 2000-2009, se realizaron un total de 218.972 determinaciones de VIH, de las que el 64,1% se realizaron a personas que acudían en primera visita a uno de los centros participantes en el EpiVIH. La prevalencia global de infección en primeras visitas fue del 2,6%, superior a la encontrada en revisiones que fue del 1,8%. En las primeras visitas la prevalencia osciló entre un máximo de 3,2% en el año 2000 y un mínimo de 2,3% en el año 2007.

En el año 2009 la prevalencia en personas que se realizaban el test por primera vez en el centro correspondiente fue 2,7%. Aunque el número de usuarios de drogas por vía intravenosa disminuyó entre 2000 y 2003 y se estabiliza entre 2004 y 2009, este es el grupo más afectado por la infección (14,2%), seguido de los HSH sin otras exposiciones de riesgo (10,0%) y de mujeres y hombres heterosexuales (0,9% y 0,6%, respectivamente). Es de destacar la diferente prevalencia en trabajadores sexuales, según se trate de mujeres o varones (0,9% frente a 21,2% en 2009). Entre las personas procedentes de otros países la situación con respecto a los españoles es heterogénea. Aunque en primeras visitas las personas procedentes de África Subsahariana y Latinoamérica tienen prevalencias significativamente más altas que los españoles, por el contrario en las revisiones las prevalencias más altas se dan en españoles y personas de Europa Occidental. En cuanto a la tendencia en prevalencia, se observa un incremento de la prevalencia en personas latinoamericanas (de 0,8% en 2000 a 1,3% en 2009), tanto en primeras visitas como en revisiones. Igualmente es destacable la tendencia al aumento de la prevalencia en HSH, tanto de los que ejercen prostitución como de los que no en el periodo 2000-2009 (de 4,8 a 5,6 y de 2,9% a 5,4% respectivamente).

- **Encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida en contacto con el SNS**

Desde 1995 existe un sistema de información sobre las características socio-demográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes infectados por VIH atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. La Encuesta Hospitalaria (EH) sobre pacientes con VIH/sida atendidos en hospitales públicos, que se realiza anualmente en un día en un día prefijado, recoge información detallada sobre las personas con infección por VIH. En 2012, el 25,3% de los participantes que habían mantenido relaciones sexuales los 12 meses previos, no

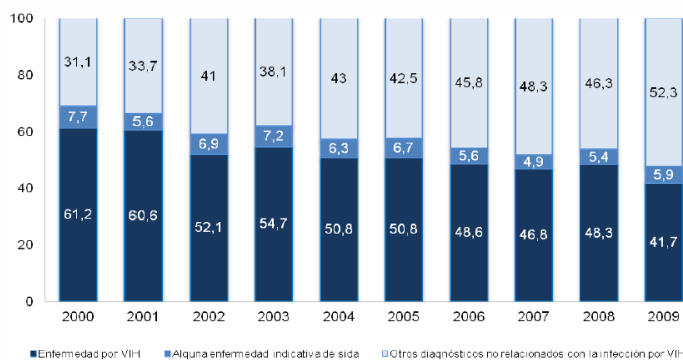


usó preservativo en su última relación sexual, un porcentaje que se mantuvo estable desde 2002. Si se tiene en cuenta el estatus VIH de las parejas sexuales de los pacientes, se observa que entre quienes habían tenido relaciones con alguna pareja de estatus serodiscordante/desconocido, el 21,5% no utilizó preservativo en su última relación sexual, mientras que la cifra correspondiente entre quienes siempre tuvieron relaciones con personas seroconcordantes fue del 35,8%.

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

En relación con el número total de altas hospitalarias en las que figura la infección por VIH (rúbrica 042 de la CIE-9 MC) en el diagnóstico principal fue de 76.417 (40,7% del total). A lo largo del periodo 200-2009, esta proporción disminuyó un 43,1%, desde 10.145 altas (50,4%) en el 2000 hasta 5.771 altas (32,9%) en el 2009. Esta misma tendencia se observó en diagnóstico principal de las altas por enfermedades definitivas de sida (desde 6,2% a 4,6%). Aquellas en las que figuraban otras patologías no asociadas al VIH como motivo de ingreso aumentaron de 8.739 (43,4%) a 10.972 (62,5%).

Diagnóstico principal de las altas por fallecimiento de pacientes con infección por el VIH, 2000-2009



Fuente: Elaborado por el Plan Nacional de Sida a partir del CMBD 2000-2009. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. MSSSI.



### III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

#### 1. Compromiso Nacional

Desempeñar un papel importante en la prevención de las nuevas infecciones por VIH y otras ITS, y la búsqueda de la máxima calidad de vida para las personas afectadas por estas infecciones es un gran reto al que Administraciones Públicas y Sociedad Civil nos enfrentamos, y que se contempla en el **Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH, y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016** en España, aprobado por unanimidad de todos los sectores implicados en reunión mantenida por la **Comisión Nacional para el seguimiento de programas de prevención del sida** en diciembre de 2013.

En España, en los últimos años, hemos avanzado mucho en el control de la epidemia, gracias a la **disponibilidad universal de tratamientos antirretrovirales de gran eficacia**, a la **intensidad y cobertura de las medidas de prevención y a los programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas por vía parenteral**.

El compromiso de las administraciones públicas, la elevada calidad de los profesionales sanitarios, y la inestimable labor de las organizaciones no gubernamentales y otros agentes implicados en la respuesta a la epidemia, han contribuido de forma sinérgica a este avance.

De forma específica, y para **el período 2013-2016** el nuevo Plan estratégico, el cuarto publicado en España, da continuidad a las estrategias fijadas por los planes anteriores frente al VIH-Sida reforzando aspectos como la **promoción del diagnóstico y tratamiento de forma precoz**, la **prevención en poblaciones vulnerables**, especialmente entre los HSH, la **participación de la sociedad civil** y la **lucha contra el estigma y la discriminación**, además de introducir algunas novedades importantes como la reestructuración del Plan siguiendo un modelo de **enfoque por objetivos y ejes de intervención**, la **inclusión de las ITS**, en consonancia con otros países de nuestro entorno, la incorporación del uso de las **TICs para la prevención en los grupos de población especialmente sensibles**.

#### 2. Cooperación al desarrollo

La política pública de cooperación para el desarrollo constituye para el Gobierno un elemento fundamental de su acción exterior. América Latina y el Mediterráneo siguen siendo el ámbito de atención prioritaria, pero el África subsahariana se convierte también en una fuerte apuesta de la cooperación española, con lo que esto supone de incremento en la cooperación en VIH/sida.

Hay que recordar la importancia del proyecto Esther-Red de Solidaridad Terapéutica Hospitalaria, que pretende colaborar con los países en desarrollo en los esfuerzos de



adaptación y mejora de las estructuras sanitarias para hacer frente, con garantías de calidad, a toda la demanda actual y futura de la infección por VIH.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha centrado su actividad en Latinoamérica apostando por la cualificación profesional a tres niveles, capacitando profesionales sanitarios en sus respectivos países, ofreciendo rotaciones a los profesionales en Hospitales españoles y finalmente con la realización de un master on-line. Concretamente durante el período de 2008 a 2012 se realizaron tres ediciones del *Master on-line sobre actualización en VIH* en las que participaron alumnos procedentes de los siete países socios (Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Honduras, Guatemala y Nicaragua). Un total de 624 profesionales sanitarios finalizaron el Master on-line, se realizaron 22 talleres de formación en terreno, 47 profesionales rotaron por hospitales españoles. Además, se pusieron en marcha 7 proyectos de investigación conjunta.

### **3. Participación de la Sociedad Civil**

Es destacable la participación de las poblaciones vulnerables y de las personas con VIH en el diseño, desarrollo y evaluación de los programas preventivos, así como en las jornadas de formación técnica y en las Campañas de Información, Comunicación y Educación financiadas por organismos gubernamentales.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad destinó en ayudas a ONGs, para financiar programas de prevención y control del VIH y sida 1.000.000 € en 2012 y 1.100.000 € en 2013. Así mismo, se destinaron 3.506.607,43 € en 2012 y 3.225.800 € en 2013 en ayudas a ONGs para el desarrollo de programas de apoyo e inserción laboral, y apoyo psicosocial incluyendo, casas de acogida y pisos de inserción social para personas con el VIH.

### **4. Lucha contra el estigma y la discriminación**

En el año 2006 se incluyó la lucha contra el estigma y la discriminación entre las áreas prioritarias de trabajo comprometidas en el entonces denominado, Ministerio de Sanidad con las distintas Comunidades Autónomas o Regiones, y con las ONG a través de las convocatorias anuales de subvenciones. Además, la inserción laboral de las personas afectadas se ha introducido como una de las prioridades a financiar a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está impulsando desde 2010 un pacto social por la no discriminación asociada al VIH en cuya elaboración participan diversos sectores que intervienen en la respuesta al VIH (administración general del estado, administraciones sanitarias autonómicas y locales, ONG, organizaciones sindicales y empresariales, sociedades científicas, universidades y medios de comunicación).





En los últimos años, las encuestas sobre estigma y discriminación hacia las personas con VIH en distintos entornos, colegio, trabajo y comercio, indican una disminución de las conductas de evitación y discriminación hacia los pacientes VIH.

Así el porcentaje de personas que refieren incomodidad hacia las personas con VIH en distintos entornos varía respectivamente, entre 2008 y 2012, del 58,80% al 49,20% en el colegio, del 30,80 % al 25,80% en el trabajo y del 44,50% al 38,70% en el comercio habitual.

En cuanto al porcentaje de personas que evitarían a una persona con VIH en distintos entornos disminuye, entre los años 2008 y 2012, del 41,60% al 34,50% en el colegio, del 31,60% % al 23,70% en el trabajo y del 55,70% al 49,10% en el comercio habitual.

Se ha finalizado el programa del uso tutelado del tratamiento reparador de la lipoatrofia facial, que constituye uno de los efectos secundarios de los TAR más estigmatizantes, estando en estos momentos evaluándose el resultado para su inclusión en la cartera de servicios del SNS. Desde su puesta en marcha en diciembre de 2012 fueron designados 22 centros hospitalarios de 12 CCAA para aplicarlo.

España sigue siendo puntera en el transplante de órganos, lo que incluye **el acceso al trasplante de hígado de personas con el VIH.**

Finalmente hay que resaltar que una de las líneas estratégicas del nuevo Plan estratégico 2013-2016, "**garantizar el acceso igualitario** de las personas afectadas", aborda estos aspectos, incluyendo como objetivos específicos **promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH e ITS y garantizar la igualdad de trato y no discriminación en el acceso a la prevención y la atención socio-sanitaria** de estas personas.

Como muestra de ello se incluyen a continuación las recomendaciones que se hacen al respecto:

- Reforzar el compromiso, tanto de líderes políticos y figuras de relevancia social, como de entidades de la sociedad civil, contando siempre con la participación de los propios afectados, para promover el disfrute efectivo de los derechos de las personas con VIH.
- Implementar un Pacto Social multisectorial y multidisciplinar
- Mejorar y reforzar el apoyo a las personas con VIH en riesgo de exclusión, trabajando con las ONGs a través de medidas en su entorno (pisos de acogida, residencias y otras instalaciones disponibles), y de medidas de acompañamiento específico en posibles momentos críticos de su vida (adolescencia, embarazo, tercera edad, pérdida de empleo, ruptura familiar, salida de prisión, o cambio del lugar de residencia).
- Colaborar con otras instituciones para facilitar la información sobre el acceso, mantenimiento y reincorporación al trabajo de las personas con VIH/Sida a través de políticas de inserción laboral.
- Colaborar con otras instituciones para fomentar la adhesión de empresas a códigos de conducta éticos contra la discriminación y el rechazo, capacitando



- a sus técnicos a través de la formación adecuada, para favorecer la inserción laboral de las personas con VIH y el manejo de posibles situaciones de riesgo.
- Emponderar a las personas con VIH e ITS para evitar la autoexclusión, fomentando habilidades que ayuden a afrontar el posible estigma y la discriminación
  - Incluir objetivos transversales para reducir el estigma y la discriminación en todos los programas de prevención y atención a personas con VIH e ITS.
  - Colaborar con las instituciones sanitarias y sociales para eliminar las barreras en el acceso a los servicios a las personas con VIH o ITS.
  - Estudiar las posibles situaciones de discriminación y documentar su impacto en el acceso a los servicios sanitarios.
  - Mantener la actual legislación vigente de protección frente a la discriminación.
  - Proporcionar formación e información a los profesionales sanitarios sobre los derechos relativos a la salud y sobre las necesidades específicas de los grupos vulnerables, y sensibilizar sobre el derecho a la igualdad de trato y la no discriminación en el medio sanitario.
  - Facilitar información a los pacientes sobre los procedimientos y/o requerimientos de acceso al sistema sanitario, recurriendo cuando sea necesario a su adaptación sociocultural.
  - Colaborar con otras instituciones y organismos en proporcionar una respuesta adecuada contra todo tipo de discriminación directa o indirecta

## 5. Tratamiento

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

El acceso generalizado en España al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha tenido un gran impacto en la calidad de vida y la supervivencia de las personas afectadas por el VIH/sida, logrando descensos muy importantes en la incidencia de sida y en la mortalidad asociada al VIH. En 2013 unas **101.542** personas estaban en tratamiento antirretroviral y se calcula que en ese año el coste total del TAR fue de **725.235.779,55 €**.

## 6. Prevención

Como muestra la evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012, en toda España se desarrollaron numerosas actividades preventivas: tanto programas dirigidos a jóvenes, dentro y fuera del ámbito escolar, como programas preventivos dirigidos a



la población general y a grupos vulnerables: HSH, UDIs, personas que ejercen la prostitución e inmigrantes

Se trabajaron especialmente los programas y actividades dirigidas a los HSH, único grupo en el que se ha observado un aumento del número de nuevos diagnósticos de VIH.

También hay que destacar, **los programas de intercambio de jeringuillas y dispensación de metadona para los inyectores de drogas** tanto en medio abierto (calle, farmacias, centros sanitarios, etc.) como en medio cerrado (prisiones); **el acceso a los preservativos** (masculinos y femeninos) **y a los lubricantes, los talleres de sexo más seguro, la educación de pares y la mediación intercultural.**

Con objeto de disminuir la transmisión de la infección a partir de los casos no diagnosticados, facilitando además el tratamiento en los casos necesarios, y de disminuir el retraso diagnóstico se está fomentando el diagnóstico precoz de la infección por VIH, como prioridad para disminuir la transmisión de la infección. A este respecto, durante el año 2013 se ha elaborado una "*Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario*", que especialmente promueve y amplía la oferta rutinaria de la prueba, en los distintos niveles asistenciales, con especial énfasis en Atención Primaria. Durante el año 2014 se ha previsto su puesta en marcha con un estudio piloto en el que participarán 8 CCAA. Igualmente, se desarrollará una guía destinada a la promoción de la prueba en el ámbito comunitario.

Es destacable, que el número de pruebas de VIH realizadas y declaradas por las CCAA en el periodo 2008-2012 ha experimentado un crecimiento constante, recogándose también información de las pruebas rápidas de VIH desde el año 2010.

La perspectiva de género y la especial vulnerabilidad de la mujer frente al VIH se ha abordado de forma transversal en todas las áreas mencionadas.

## IV. PRACTICAS ÓPTIMAS

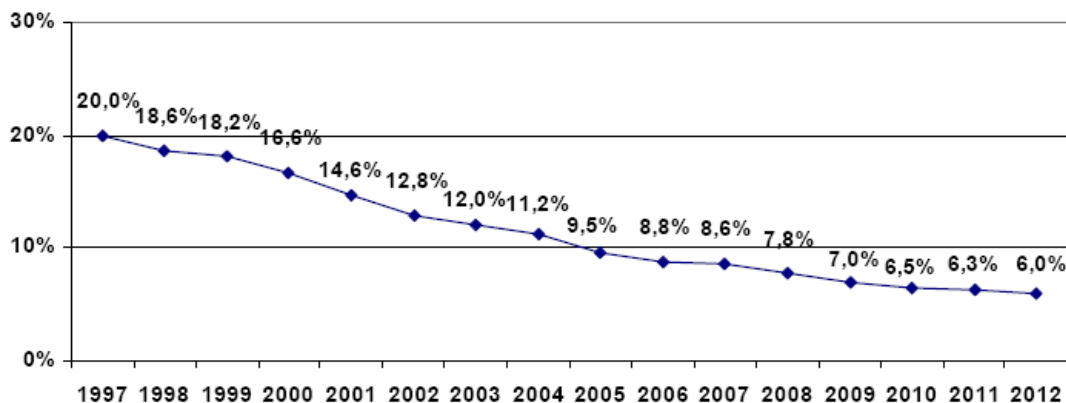
### 1. Prisiones

Las tasas de infección por VIH en prisiones han disminuido marcadamente, pero todavía siguen siendo muy superiores a las de la población general, no obstante la progresión a sida prácticamente ha desaparecido.

En todo ello, han tenido especial relevancia la aplicación de programas de reducción de daños, el tratamiento sustitutivo con opioides y los programas de deshabituación de la toxicomanía.



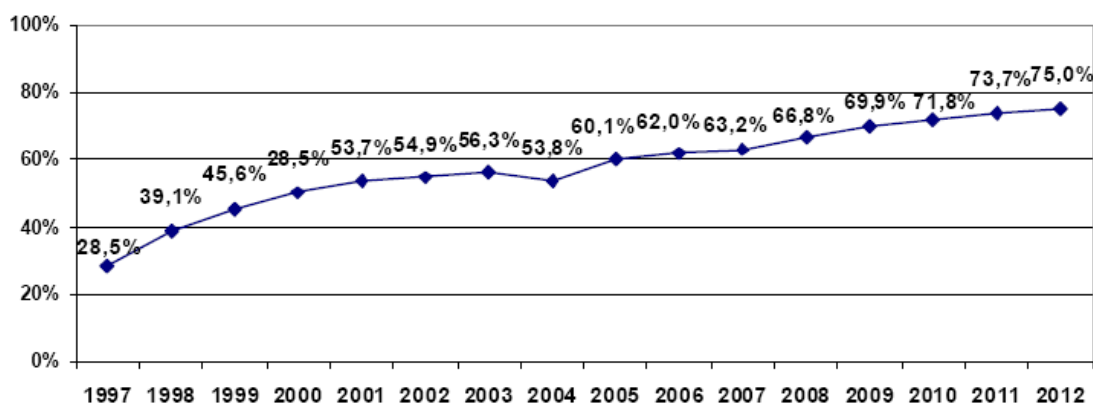
Gráfico 1. Evolución de la prevalencia (%) de la infección por VIH en II.PP. (1997-2012)



La colaboración entre la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) ha sido crucial para la puesta en marcha y desarrollo de las actividades de prevención del VIH en la población reclusa, y sigue siendo clave para lograr la extensión, el acceso y la calidad necesarias.

También se ha alcanzado un alto porcentaje de internos en tratamiento, tal y como muestra la siguiente gráfica:

Gráfico 3. Evolución de la prevalencia (%) de internos VIH positivos en tratamiento.



Las prisiones españolas cuentan con uno de los mejores niveles de acceso a las medidas de prevención del VIH a nivel internacional, con tratamientos sustitutivos con metadona, deshabitación, módulos libres de drogas, campañas de información, programas de educación entre iguales, promoción de sexo más seguro y de prácticas de inyección de menos riesgo, prueba voluntaria del VIH y counseling, provisión de condones y lubricantes, provisión de material de inyección estéril, distribución de lejía.



## 2. Personas que se inyectan drogas

Durante los primeros veinte años de la epidemia, las personas que se inyectaban drogas cargaron con casi todo el peso de la enfermedad, y este mayor número de infecciones fue responsable del enorme impacto diferencial de la epidemia en comparación con otros países de la UE. En la actualidad, sin embargo, el número de infecciones en esta población ha disminuido radicalmente, pasando a constituir menos de una de cada cinco nuevas infecciones diagnosticadas.

La difusión de la epidemia de inyección de heroína y de infección por VIH se produjo en una situación de cambio social desde un régimen autoritario a uno de libertades y en el contexto de una fuerte crisis económica, condiciones que en cierta forma se han repetido en los países del Este de Europa posteriormente. España desarrolló con posterioridad una amplia variedad de recursos de reducción de daños incluyendo los programas de metadona de baja exigencia, los programas de intercambio de material de inyección e incluso las salas de inyección segura. Concomitantemente a la implementación de estos programas se ha producido un descenso continuado en el número de nuevos inyectores de cualquier sustancia. Esto se ha reflejado en las tasas de nuevos diagnósticos que han pasado de un 18,9 en 2004 a un 6,7 en 2010.

## 3. Diagnóstico Precoz

En cuanto al Diagnóstico precoz, reducir el número de personas a las que se les diagnostica la infección por VIH en un estadio avanzado sin vulnerar el derecho a la confidencialidad y a la voluntariedad de la prueba fue uno de los objetivos prioritarios del PMS 2008-2012.

Aunque la diferencia no es significativa, el estudio de la tendencia durante el período 2007-2012 muestra como el diagnóstico tardío desciende levemente en el conjunto de datos, desde el 50% en el año 2007 al 47% en 2012.

Entre las actividades realizadas para disminuir la fracción no diagnosticada están las de difusión de la prueba diagnóstica entre la población, mediante campañas, colaboración participativa de las ONGs, teléfonos de información, medios de comunicación y servicios sanitarios, insistiendo en el mensaje de que a cualquier persona que haya tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja de la que ignora si es VIH+, se le recomienda acudir a los servicios de salud para hacerse la prueba.

Muestra de ello, es la campaña llevada a cabo desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a propósito de la celebración del Día Mundial del Sida en diciembre de 2013, con el lema "*Juntos podemos lograr cero infecciones por el VIH. Hazte la prueba*" y difundida on-line tanto entre la población general como entre los grupos más vulnerables.

Accesible en <http://www.msssi.gob.es/campañas/campanas13/pdf/diaSida13.pdf>



Desde el PNS se ha apoyado el uso de pruebas rápidas en entornos no sanitarios como ONGs y también campañas de promoción de la prueba de VIH, sobre todo del diagnóstico precoz en farmacias.

Esperamos que la implementación de las guías de recomendaciones podamos lograr la disminución del número de personas con VIH que desconocen su estado serológico.

## V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

El **análisis cualitativo** del Plan Multisectorial 2008-2012 ha detectado sus **fortalezas y debilidades** que se resumen en la tabla que aparece a continuación. Además ha permitido la identificación de una serie de **puntos críticos** con las consiguientes **oportunidades de mejora**, que se resumen a continuación de la tabla y que han sido claves para la realización del nuevo Plan estratégico



## EVALUACION CUALITATIVA: FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Aspectos	Fortalezas	Debilidades
Coordinación y Participación	Reconocimiento del liderazgo del Plan La creación del COAC Implicar múltiples agentes en la respuesta a la epidemia	Formulación de objetivos demasiado ambiciosos. Desequilibrio entre agentes sanitarios y sociales
Estructura y Esquema del Plan	Implicación de todos los agentes en la elaboración del Plan Multisectorial. Documento técnico muy completo y riguroso. Inclusión de estigma y la discriminación o el enfoque de género	Exceso de objetivos (175). Falta de concreción de los objetivos en relación a sus acciones, recursos, indicadores y responsabilidades Complejidad en su ejecución
Análisis epidemiológico	La cantidad y calidad de las fuentes de información	En el documento faltan algunas acciones que sí están apoyadas por la evidencia científica.
Indicadores y sistemas de información	Indicadores que permiten conocer la evolución de la epidemia Detección de nuevos grupos vulnerables y nuevas conductas Utilidad en el establecimiento de prioridades	Indicadores no responden a la evaluación del Plan Falta de indicadores que midan aspectos concretos como estigma y discriminación, o diagnóstico precoz en mujeres.
Subgrupos de población	Estructuración en subgrupos de población más vulnerables. Facilitación del trabajo operativo. Mayor precisión en la evaluación.	La compartimentación dificulta ubicar a los subgrupos que abarcan discriminaciones múltiples, jóvenes HSH inmigrantes, o mujeres VIH en prisiones.
Utilidad del Plan	Es un marco de referencia para las CCAA y las ONGs	Ausencia de cronograma de implantación y evaluación del Plan. Falta de compromisos explícitos de las CCAA sobre su ejecución
Evaluaciones intermedias	Publicación anual de una memoria de las actividades que se han llevado a cabo.	Los indicadores epidemiológicos y los resultados no pueden vincularse con el grado de ejecución del Plan



### Puntos críticos

- Existe la necesidad de identificar **intervenciones de probada eficacia** en prevención, factibles y evaluables, que permitan una evaluación del impacto en salud
- Hay un mayor número de personas en **riesgo de exposición** al VIH y otras ITS (sobre todo por el cambio de conductas sexuales entre los jóvenes)
- La **cobertura** del **SINIVIH** (Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH) resulta incompleta, a falta de los datos de una Comunidad Autónoma
- Hay diferencias en la recogida de datos sobre el **número de pruebas de VIH** realizadas en las distintas CCAA (Comunidades Autónomas)
- **TAR** (tratamiento antirretroviral): el número de pacientes en tratamiento está disponible sólo desde el año 2009. En algunas CCAA no se dispone de esa información, y se estima en función del coste medio del tratamiento
- La incidencia de **ITS** sigue ascendiendo y la comorbilidad entre ITS y VIH es elevada. Aumento del número de casos de VIH e ITS en HSH
- Se está produciendo un **envejecimiento** de la población con infección por el VIH con el consiguiente aumento de las comorbilidades asociadas a la edad
- Existe **retraso diagnóstico**: los grupos más afectados por esta situación son las personas infectadas por vía heterosexual y parenteral, las personas mayores, y los inmigrantes
- Todavía se produce algún caso de **transmisión materno-infantil**, ligado a la falta de contacto con el sistema sanitario

### Oportunidades de mejora

- Diseñar un **nuevo Plan Estratégico** liderado desde el Plan Nacional de Sida, que incluya VIH y también otras ITS
- Buscar **sinergias** entre las instituciones y organizaciones implicadas para concentrar los recursos en las líneas estratégicas prioritarias del nuevo Plan
- Lograr una mayor **eficiencia** en las intervenciones
- Mejorar los **sistemas de información**
  - Consolidar, validar y completar la cobertura de los sistemas de información
  - Recogida de información sobre la prueba VIH; Elaboración del mapa de centros que la realizan
  - Sistema de información disponible sobre tratamiento
- Fomentar el **diagnóstico precoz** de la infección por VIH
- **Sospechar** la posible infección por VIH en toda personas sexualmente activas (también en mayores de 50 años)
- Potenciar la **formación** de los profesionales y la **colaboración** entre Atención primaria y especializada
- Fomentar la realización de la prueba en mujeres **embarazadas** o con deseo de embarazo





- Continuar trabajando en **defensa de los derechos humanos y contra la discriminación**

En resumen la evaluación del Plan 2008-2012, ha mostrado resultados positivos en lo referente a prevención, información, diagnóstico y actitud hacia las personas con VIH: Además de objetivar una mejora evidente en la esperanza y calidad de vida de los pacientes, gracias a la respuesta eficaz a los tratamientos.

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

Obtener el afianzamiento y progreso de los logros obtenidos y la corrección de las deficiencias detectadas, siempre consideradas como oportunidades de mejora, son retos que contempla el nuevo Plan 2013-2016, que cuenta para conseguirlos con la labor de liderazgo y coordinación ejercida desde el Plan Nacional del Sida, y la colaboración y compromiso de todas las partes implicadas en la respuesta al VIH, tanto de las CCAA, como de las ONGs y de las sociedades científicas.



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS  
SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA,  
CALIDAD E INNOVACIÓN

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE  
LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

## **VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS**

NO APLICABLE



## VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

### A. Sistemas de vigilancia

La vigilancia epidemiológica del VIH se realiza utilizando una combinación de varias estrategias que se han agrupado bajo 3 grandes epígrafes:

1. Vigilancia de la infección por VIH
2. Vigilancia de las conductas de riesgo
3. Sistemas de Información de base asistencial

#### 1) Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH

La vigilancia de la infección por VIH se realiza mediante tres tipos de actividades:

##### **a) Sistema de notificación de nuevos diagnósticos de infección por el VIH**

A diferencia de otros abordajes que se limitan a estudiar grupos específicos, este sistema de notificación capta todas las infecciones diagnosticadas en la población. De ahí la importancia de la información que aporta.

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.

Desde el año 2000 existe en España un marco técnico y legal para implantar un sistema de notificación de nuevos diagnósticos de infección por el VIH. Sin embargo, su implantación en todo el país todavía no es completa aunque de acuerdo al Plan Multisectorial 2008-2012 se prevé alcanzar la cobertura total de la población española. En el año 2010 existían registros de este tipo en 17 CCAA, que abarcan al 71% del total de población española, en 2011 se había alcanzado el 73% de cobertura incorporándose una comunidad autónoma más al sistema. Gracias a ellos se han podido constatar los importantes cambios que se han producido en el patrón de transmisión del VIH, así como la tendencia decreciente de la infección en UDI, la estabilización de los nuevos diagnósticos en heterosexuales y el incremento en HSH en los últimos años.

##### **b) Vigilancia epidemiológica de los casos de sida.**

Se realiza mediante el Registro Nacional de Sida que cubre todo el país mediante un sistema descentralizado a través de las CCAA coordinado en el ámbito estatal. Se utiliza la definición europea de caso de sida de 1993. El registro de sida



cuantifica la incidencia anual, por sexo, edad, categoría de transmisión y comunidad autónoma de residencia. Sus actualizaciones se emiten semestralmente.

### **c) Vigilancia centinela de la infección por VIH**

Se realiza a través de la monitorización del VIH en poblaciones concretas, elegidas por ser diana para las actividades de prevención (clientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, UDI) o por presentar ventajas logísticas para su estudio (mujeres que han dado a luz un hijo vivo, donantes de sangre).

La vigilancia centinela del VIH en España 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 (DGPNSD).
- Análisis de los resultados de pruebas de VIH voluntarias realizadas en los centros penitenciarios en colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la Dirección General de Servicios Penitenciarios de Cataluña.
- Análisis de los resultados de las pruebas de VIH en las historias clínicas de las personas que acuden a tratamiento a los centros de atención a drogodependientes, en colaboración con la DGPNSD.
- Análisis de los resultados de pruebas de VIH voluntarias realizadas en centros de ITS y de diagnóstico de VIH.
- Análisis de la prevalencia de VIH en pacientes de sífilis infecciosa y gonococia diagnosticados en una red de 15 centros de ITS, así como instituciones penitenciarias.
- Recopilación de los resultados de las pruebas de VIH obligatorias realizados en las donaciones de sangre.
- Estudios de seroprevalencia en población general mediante la metodología de anónimos no relacionados aprovechando encuestas realizadas para otros propósitos.
- Estudios de ámbito autonómico de seroprevalencia de VIH en colectivos específicos (UDI, HSH).

Además de estas actividades que vienen realizándose de forma sistemática, puntualmente se llevan a cabo estudios de seroprevalencia de VIH en otros colectivos específicos (UDI, HSH, hombres que ejercen la prostitución) captados en la calle, locales públicos o en dispositivos asistenciales móviles.

### **d) Monitorización de la mortalidad por VIH/sida**

Las estadísticas de mortalidad según causas, que elabora el INE, informan sobre las defunciones por VIH/sida y permiten la comparación con otros problemas de salud pública. Por otra parte, el análisis de los Registros de Alta Hospitalarios permite realizar estimaciones sobre la mortalidad hospitalaria por causas distintas al VIH en personas infectadas.



## 2) Vigilancia epidemiológica de conductas de riesgo

En España se han realizado estudios de conductas de riesgo para el VIH en algunas poblaciones como UDI, homosexuales y trabajadoras sexuales, de ámbito nacional o autonómico. Actualmente se dispone de los siguientes sistemas de información sobre conductas de riesgo:

### a) Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales

En 2003 se realizó la primera encuesta de este tipo cuyos datos se han publicado recientemente. Recoge información exhaustiva sobre hábitos sexuales en una muestra representativa de la población española de 18 a 49 años.

### b) Vigilancia epidemiológica de los casos de sífilis y gonococia

Se realiza a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, centralizándose los datos en el Centro Nacional de Epidemiología, mediante dos sistemas de información: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM). El sistema EDO recoge información numérica sobre los casos de sífilis infecciosa y gonococia y la declaración es obligatoria para todos los médicos que atienden a los pacientes, lo que permite obtener tasas de incidencia en toda España y por CCAA, a partir de este año se incorpora al sistema EDO la vigilancia de la *Chlamydia trachomatis* y el *linfogranuloma venereo*, así como la declaración individualizada de *Treponema pallidum* y *Neisseria gonorrhoeae*. La sífilis congénita es objeto de seguimiento a partir de un registro especial.

El SIM recoge información sobre el número de diagnósticos de *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Herpes simple*, tipos 1 y 2, que se realizan en una red de laboratorios que cubren el 25% del territorio nacional.

La vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es crucial para la vigilancia del VIH, tanto por la estrecha relación existente entre ITS y VIH como por el hecho de que, por compartir la vía de transmisión, las ITS son un indicador precoz de conductas de riesgo en la población que podrían incrementar la transmisión del VIH. De hecho, en los últimos años se ha detectado un aumento de los casos recogidos por los sistemas de vigilancia epidemiológica y microbiológica, lo que subraya la persistencia de conductas de riesgo para la infección por VIH, fundamentalmente con el nuevo plan estratégico que incluye las ITS.

### c) Vigilancia centinela de la gonococia y la sífilis

Mediante este sistema se recoge información en una red centinela de 19 centros de diagnóstico y tratamiento de ITS. En particular, se obtienen datos sociodemográficos y de conductas de riesgo de los casos diagnosticados de gonococia y sífilis infecciosa. Permite determinar las características de los pacientes con gonococia y sífilis y establecer la relación entre estas enfermedades y el VIH.



### 3) Sistemas de información de base asistencial

#### a) Encuesta Hospitalaria

Desde 1996 se realiza anualmente una encuesta transversal de prevalencia-día dirigida a los pacientes VIH atendidos en un día en la red del Sistema Nacional de Salud.

#### b) Conjunto Mínimo Básico de Datos

Recoge información detallada de las altas que se producen en los hospitales públicos de pacientes con infección por VIH, ofrece posibilidades adicionales para monitorizar la morbi-mortalidad hospitalaria relacionada con la infección por VIH.

### B. Evaluación

La evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012, se inició a finales del año 2012, habiéndose actualizado con fecha 31 de diciembre de 2013, no obstante es un documento abierto, que será actualizado según se finalice el análisis de los datos en la fecha de su finalización.

El informe de evaluación puede ser consultado en el siguiente enlace

[http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS\\_18DicbreActualizacionEpi.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS_18DicbreActualizacionEpi.pdf)

No obstante de esta evaluación, que ha sido clave para el desarrollo del **Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección Por El VIH, y otras Infecciones de Transmisión Sexual 2013 – 2016**, mediante la identificación de puntos críticos y oportunidades de mejora.

Como **conclusiones** se pueden destacar:

- **En Prevención:**

Durante el periodo 2008-2012 todas las Comunidades Autónomas han desarrollado numerosas actividades preventivas: tanto programas dirigidos a jóvenes, dentro y fuera del ámbito escolar, como programas preventivos dirigidos a la población general y a grupos vulnerables: HSH, UDIs, personas que ejercen la prostitución e inmigrantes.

En el periodo evaluado se puede observar un incremento sustancial en el número de llamadas a los teléfonos de información, tanto al teléfono gratuito del Ministerio que gestiona la Cruz Roja de ámbito nacional, como a los proporcionados por las CCAA. Este servicio se ha completado el año pasado con un Servicio Multicanal de Información VIH constatándose un aumento de consultas mediante correos electrónicos, chats, y contactos a través de redes sociales como Facebook y Twitter,



así como un descenso en la edad media de las personas que consultan, cumpliéndose así la finalidad de la ampliación del servicio.

El número de pruebas de VIH realizadas y declaradas por las CCAA en este periodo ha experimentado un crecimiento constante. Desde el año 2010 también se recoge información de las pruebas rápidas VIH, pero la cobertura territorial aún es baja. Respecto a las conductas de los jóvenes, en relación a la prevención de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, se puede objetivar una mayor proporción de jóvenes entre 15 y 18 años que mantienen relaciones sexuales completas, una disminución del uso del preservativo y un aumento del número de parejas sexuales diferentes antes de los 18 años, lo que indica un mayor número de jóvenes expuestos al riesgo de infección por VIH y otras ITS.

En los últimos años, las encuestas sobre estigma y discriminación hacia las personas con VIH en distintos entornos; colegio, trabajo y comercio, indican una disminución de las conductas de evitación y discriminación hacia los pacientes VIH.

#### • **En Asistencia**

El gasto total en fármacos antirretrovirales ha experimentado un crecimiento exponencial desde finales de los años 90 con la introducción de la triple terapia, a expensas del aumento en el número de pacientes en tratamiento, y actualmente parece iniciarse una fase de meseta. Se constata, sin embargo, la disminución constante del gasto medio por paciente al año, por lo que en este año a pesar de incrementarse el nº de pacientes en tratamiento el gasto parece descender ligeramente, aunque tendremos que esperar a la consolidación de los datos.

La tasa de altas hospitalarias en pacientes VIH disminuye lentamente, aumentando la hospitalización ambulatoria.

Se observa una tendencia creciente del número y porcentaje de pacientes mayores de 50 años y de la comorbilidad asociada a la edad, lo que indica un envejecimiento de los pacientes VIH como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

La prevalencia de VIH en mujeres que son atendidas en el parto en los hospitales públicos del SNS, es similar a la prevalencia de infección en la población general en el último año, y los casos de transmisión vertical notificados son casi inexistentes.

Las recomendaciones clínicas elaboradas por el Plan Nacional de Sida en colaboración con diferentes Sociedades científicas han sido evaluadas por la Cochrane y cumplen con los estándares de calidad internacionales, con algunas mejoras que ya han sido incorporadas a los nuevos documentos de consenso.

A través del Proyecto ESTHER de cooperación internacional, se ha impartido formación continuada en VIH durante los últimos tres años a un total de 624 profesionales de Latinoamérica, mediante un master online sobre "Infección por el VIH", en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid que se ha complementado con 22 talleres de formación "in situ" y rotaciones de médicos latinoamericanos en hospitales españoles.



## • En Vigilancia Epidemiológica

La incidencia de VIH en España se mantiene estable en los últimos años. Sin embargo, existe gran variabilidad en las tasas según ámbito territorial y grupos de mayor riesgo de exposición. El colectivo de hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) es el único en el que han aumentado los nuevos diagnósticos en los últimos años.

Actualmente, la principal vía de transmisión del VIH en España es la sexual, mientras que disminuye de forma continuada la transmisión parenteral. La transmisión vertical es casi inexistente y está ligada casi exclusivamente a grupos que no acceden a la atención sanitaria prenatal.

Aunque el número absoluto de personas con VIH en España aumenta ligeramente, la prevalencia global de la infección por VIH se mantiene estable situándose actualmente en 4 personas por cada 1.000 habitantes. Se estima que la proporción de personas con infección no diagnosticada es de un 30 %.

El porcentaje de casos con diagnóstico tardío se mantiene elevado (>50%) excepto en el colectivo de los HSH (38%).

Las infecciones de transmisión sexual, indicador temprano de las conductas de riesgo sexual, presentan un aumento de incidencia en los últimos años y la prevalencia de coinfección de VIH y sífilis o gonococia es elevada.

En más de la mitad de los casos, la mortalidad en pacientes con infección VIH se debe a patologías no relacionadas con la infección.

Los casos de sida y la mortalidad por esta causa, siguen disminuyendo tanto en hombres como en mujeres. La edad media al diagnóstico y al fallecimiento por sida continúa amentando, debido a la mejora en la esperanza de vida de los pacientes y de la cronicación de la enfermedad, mientras que la edad media al diagnóstico de VIH se mantiene.

**Madrid, 31 de marzo de 2014**