



# INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS ESPAÑA Enero de 2011 - diciembre de 2011

## I. INDICE

- ✿ SITUACIÓN ACTUAL
  - La participación de los interesados en el proceso de redacción del informe
  - La situación de la epidemia
  - La respuesta política y programática y
  - Los datos de los indicadores del UNGASS
  
- ✿ PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA
  
- ✿ RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA
  
- ✿ PRÁCTICAS ÓPTIMAS
  
- ✿ PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS
  
- ✿ APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS
  
- ✿ SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN
  
- ✿ ANEXO 1: Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre el seguimiento de la aplicación de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA
  
- ✿ ANEXO 2: Cuestionario del Índice Compuesto de Política Nacional



## II. SITUACION ACTUAL

### 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 el año pasado ha incrementado sus miembros en dos. También el año pasado se incrementó el número de reuniones periódicas con la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. 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.

### La situación de la epidemia

Hasta el 31 de diciembre de 2010 se habían notificado en España un total acumulado de 80.827 casos de sida. En 2010 se notificaron 930 casos, de los que el 77,4% se dieron en varones y un 22,6% en mujeres. 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.

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 83% 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.

La enorme dimensión que la epidemia de VIH alcanzó en poco tiempo motivó una respuesta enérgica por parte de las autoridades sanitarias y de la sociedad civil para evitar la transmisión por esta vía y, por primera vez, en 2008 la transmisión parenteral dejó de ser el mecanismo de infección más referido en el global de los casos de sida notificados. Esto es particularmente obvio en el caso de las mujeres entre las cuales, en 2010, el 58,6% se infectó por transmisión heterosexual; siendo entre los hombres del 25,7% y un 34,2% por relaciones homo/bisexuales.

En cuanto a los nuevos diagnósticos de VIH, que en el año 2010 alcanzaron la cifra de 2.907 nuevos casos notificados por 17 Comunidades y Ciudades Autónomas que recogen este tipo de información, el 79,2% se produjeron por contactos sexuales sin protección. De estos, un 46,1% se produjo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y un 33,1% en heterosexuales. 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 incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en España aumenta desde el año 2001. En otros países europeos también se registran aumentos en la incidencia de VIH e ITS, sobre todo en varones homosexuales. En 2009, a un 40% de pacientes diagnosticados de VIH en centros de ITS se les diagnosticó otra ITS a la vez que el VIH. 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.

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. Muchas de estas vienen de países con mayor prevalencia de VIH que el nuestro y se han infectado allí, pero hay datos que muestran como otras se han infectado aquí, lo que subraya la gran vulnerabilidad de este colectivo que se encuentra frecuentemente en una situación de precariedad socio- económica, a lo que se han de añadir las dificultades para integrarse en la sociedad española. Aunque el aumento del número de nuevos diagnósticos en población inmigrante es moderado, su representación porcentual es creciente. El 36% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en 2010 tenían un origen distinto al español. La población de origen latinoamericano presenta una tendencia ascendente en el porcentaje de nuevos diagnósticos en el periodo 2004-2010, mientras que el de la población subsahariana permanece estable. Entre las



personas originarias de otros países el mecanismo predominante de transmisión son las relaciones sexuales heterosexuales. No obstante, se acusa una clara tendencia ascendente en HSH inmigrantes. Entre las mujeres, el 54,1% de los nuevos diagnósticos en 2010 correspondieron a mujeres de otro origen geográfico. Por ello, es esencial reforzar los programas de prevención dirigidos a personas de otros países adaptándolos a sus circunstancias sociales y epidemiológicas, ya que se trata de un grupo muy heterogéneo. En todo caso, hay que resaltar que la inmigración no está provocando aumentos en la incidencia de VIH a nivel poblacional.

Se estima que en España hay entre 120.000 y 150.000 personas que viven con VIH. Sin embargo, aunque el diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH es gratuito y confidencial, hay un alto número de personas infectadas (alrededor del 30%) que desconocen su situación, y no pueden beneficiarse de las ventajas del tratamiento. Entre los nuevos diagnósticos de infección por VIH notificados en 2010, un 27,7% presentaban menos de 200 CD4 en el momento de la detección del virus y un 17,7% presentaban entre 201 y 350 CD4. Esto da un total de 45,4 de pacientes que tuvieron un diagnóstico tardío.

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.

***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.***

***Actualmente predomina la transmisión sexual, y desde hace unos años las personas originarias de otros países constituyen una parte apreciable. Este hecho es particularmente relevante entre los nuevos diagnósticos atribuidos a transmisión heterosexual y entre las mujeres, donde las inmigrantes suponen ya más del 50% de los nuevos diagnósticos de VIH. También hay que reseñar que en España una parte no desdeñable de los nuevos diagnósticos de VIH entre HSH se produjeron en personas procedentes de otros países, fundamentalmente latinoamericanos. En cualquier caso, al igual que en otros países de la UE, actualmente en España el grupo más afectado por la infección son los HSH, que suponen un 46,1% de los nuevos diagnósticos en 2010. Además es la única categoría de transmisión en la que se produce una clara tendencia ascendente desde 2004, año en que los nuevos diagnósticos entre HSH supusieron un 29,3% del total.***

***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.***

### 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, hasta que no se disponga de una vacuna y de un tratamiento curativo, siga siendo un importante problema de salud pública que requiere respuestas políticas, sanitarias y sociales y en el total entendimiento de 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 principios rectores en los que se fundamenta la respuesta política y programática frente al VIH-sida en España son la:**

Principios rectores	
Multisectorialidad	<ul style="list-style-type: none"><li>- coordinación institucional y autonómica</li><li>- interdisciplinariedad</li><li>- vinculación con estrategias afines</li><li>- participación ciudadana</li></ul>
Calidad	<ul style="list-style-type: none"><li>- estrategias basadas en la evidencia científica y en la situación epidemiológica</li><li>- reducción de daños</li><li>- formación continuada</li><li>- evaluación integrada en las intervenciones desde la concepción</li></ul>
Equidad	<ul style="list-style-type: none"><li>- derechos humanos y solidaridad</li><li>- igualdad de oportunidades y no discriminación</li><li>- reducción de la vulnerabilidad</li><li>- responsabilidad individual</li><li>- enfoque de género</li></ul>

La **multisectorialidad** comprende 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 la Secretaría del 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 o la tuberculosis.

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

El segundo de estos grandes principios rectores es la **calidad**, es decir, que las estrategias e intervenciones se fundamenten en la evidencia científica. El requerimiento de que las intervenciones se basen en el conocimiento hace también necesario sistematizar la formación continuada y asegurar que la información epidemiológica esté disponible, realizando un esfuerzo en la notificación, en la vigilancia, en la evaluación y en la investigación.

Por último, la **equidad**. El respeto de los derechos humanos y la solidaridad son ya parte del acervo de la epidemia de VIH, pero son también retos constantes para la sociedad. Impedir la estigmatización y la discriminación de las personas es uno de los valores democráticos fundamentales, y ello incluye a las personas con VIH, a las que tienen prácticas de riesgo para el VIH o son más vulnerables y a la población general. Incluye el respeto y la tolerancia de la diversidad. Incluye la confidencialidad y la voluntariedad de la prueba diagnóstica. Incluye intervenciones directas para promocionar la solidaridad e impedir la discriminación, e impregna también transversalmente cada una de las actividades preventivas, asistenciales, de vigilancia epidemiológica y de investigación, desde su concepción y planificación hasta su evaluación.

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 a velar por la calidad de los servicios sanitarios y sociales para las personas que viven con VIH.***

**Las líneas que sustentan dicha respuesta política son:**

- Voluntad de servicio a las comunidades autónomas y demás sectores corresponsables en la respuesta a la epidemia.
- Renovación del compromiso con la prevención y continuidad de las estrategias de eficacia probada, en particular la reducción de daños.
- Mantenimiento del nivel de calidad de la atención sanitaria acorde con los avances científicos.
- Atención especial a la calidad de vida de los pacientes.
- Prioridad en la prevención y reducción del estigma y la discriminación.



- Abordaje conjunto de otras patologías, pero sin ampliar las competencias del Plan Nacional sobre el sida a otras infecciones de transmisión sexual o parenteral.
- Incremento de la cooperación internacional en materia de sida.
- Participación comunitaria, especialmente las personas con VIH.

**Sus prioridades técnicas son:**

- Coordinación multisectorial
- prevención y reducción del estigma y la discriminación
- Diagnóstico precoz
- Prevención en personas que se inyectan drogas y sus parejas
- Prevención en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Prevención en inmigrantes
- Prevención en jóvenes
- Dignidad, Salud y Prevención Positiva
- Sistema de notificación de nuevos diagnósticos de VIH de base poblacional
- Cooperación internacional

Finalmente, en el absoluto convencimiento de que la respuesta nacional e internacional a la epidemia, se constituyen en elementos inseparables de una respuesta eficaz y de un planteamiento general de lucha contra la epidemia, **la política española de cooperación para el desarrollo** se ha constituido en un elemento fundamental de la acción exterior del gobierno español, 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



## Indicadores (Tabla General)

### 1. Reducción de la transmisión sexual del VIH del 50% para el 2015

#### Población general

#### 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

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

\* 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.

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

#### 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

¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?

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

¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?

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

Observaciones y fuente igual que el anterior.

#### 1.2. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 15 y 24 años que han mantenido relaciones sexuales antes de los 15

Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24
15,1	18,4	23,8	19,9	11,4	18,9	9,8

El % no corresponde exactamente al mismo rango de edad (menores de 16 años) y la pregunta no es idéntica, es el "Porcentaje de mujeres y hombres de 18 a 29 años de edad que tuvo su primera relación sexual con penetración con menos de 16 años".



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

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

**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
19,9	26,9			13,1		

Los datos disponibles corresponden a rangos de edad distintos a los que se solicitan (18-29 años, 30-39 años, 40-49 años)

Hombres: De 18-29 años (38.4%) De 30-39 años (23.2%) De 40-49 años (17.1%)

Mujeres: De 18-29 años (22.1%) De 30-39 años (9.8%) De 40-49 años (6.8%)

El % está calculado de las personas de 18 a 49 años que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

Fuente: Encuesta Poblacional de Salud y Hábitos Sexuales, probabilística decenal de ámbito nacional. Muestra de la Población General (18-49 años):10.980.

**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
46,2	49,7			42,4		

El dato corresponde al "% de mujeres y hombres de 18 a 49 años que usaron preservativo en la última relación sexual" Los rangos de edad disponibles son distintos a los solicitados:

Hombres: 18-29 años (67%) 30-39 años (44.8%) 40-49 años (35%)

Mujeres: 18-29 años (58.9%) 30-39 años (39%) 40-49 años (28.3%)

El % está calculado de las personas de 18 a 49 años que han tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.

Fuente: Encuesta Poblacional de Salud y Hábitos Sexuales, probabilística decenal de ámbito nacional. Muestra de la Población General (18-49 años):10.980

**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

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



	<p>corresponden con los solicitados, son 18-29, 30-39 y 40-49. 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) "% 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) "% 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>
<p><b>Personas que ejercen la prostitución</b></p>	<p><b>1.7. Porcentaje de personas que ejercen la prostitución atendidos en programas de prevención del VIH</b></p> <p>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 1 Comunidad más realiza estas actividades de forma ocasional. 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. Fuente: ICAP 2010. 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 46,9% (n=308). TRANSEXUALES: 67,1% (n=1024). VARONES: 73,4% (n=150).</p> <p>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)</p> <p><b>1.9. Porcentaje de personas que ejercen la prostitución que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12</b></p>



	<p><b>meses y que conocen su resultado</b></p> <p>Datos procedentes de EPI_VIH (previamente referenciado), muestran que entre trabajadores sexuales el 59% de los que acudieron a clínicas de ITS y diagnóstico de VIH en 2009, tenían un test previo de VIH realizado</p> <p><b>1.10. Porcentaje de personas que ejercen la prostitución que viven con el VIH</b></p> <table border="1" data-bbox="293 501 1110 719"> <thead> <tr> <th></th> <th>Todos Los/as trabajadores del sexo</th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> <th>&lt; 25</th> <th>25 +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porcentaje</td> <td>1,94</td> <td>16,91</td> <td>0,5</td> <td>1,18</td> <td>2,23</td> </tr> <tr> <td>Numerador</td> <td>30</td> <td>23</td> <td>7</td> <td>5</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>Denominador</td> <td>1547</td> <td>136</td> <td>1411</td> <td>424</td> <td>1123</td> </tr> </tbody> </table> <p>Data arising from a network of 20 HIV/STI clinics located in Spain's most populated cities since 2000 (EPI-VIH Study). Prevalence data are available in 11 of the 20 participating clinics since 1991. Detailed information on this study is available in: <a href="http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPIVIH2000_2010.pdf">http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPIVIH2000_2010.pdf</a>.</p>		Todos Los/as trabajadores del sexo	Hombres	Mujeres	< 25	25 +	Porcentaje	1,94	16,91	0,5	1,18	2,23	Numerador	30	23	7	5	25	Denominador	1547	136	1411	424	1123
	Todos Los/as trabajadores del sexo	Hombres	Mujeres	< 25	25 +																				
Porcentaje	1,94	16,91	0,5	1,18	2,23																				
Numerador	30	23	7	5	25																				
Denominador	1547	136	1411	424	1123																				
<p><b>Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres</b></p>	<p><b>1.11. Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres atendidos en programas de prevención del VIH</b> 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 otras 2 realizan actividades puntuales. Fuente: ICAP 2010. Base de datos de subvenciones de la SPNS</p> <p><b>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</b></p> <table border="1" data-bbox="293 1182 823 1341"> <thead> <tr> <th></th> <th>Todos los HSH</th> <th>&lt; 25</th> <th>25 +</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porcentaje</td> <td>59,39</td> <td>58,82</td> <td>59,55</td> </tr> <tr> <td>Numerador</td> <td>6373</td> <td>1350</td> <td>5023</td> </tr> <tr> <td>Denominador</td> <td>10730</td> <td>2295</td> <td>8435</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: ESTUDIO EMIS. Al interpretar los resultados del estudio en España han de tenerse en cuenta una serie de limitaciones metodológicas:</p> <p>a. Muestra de HSH auto seleccionados que introduce sesgos de selección que limitan la posibilidad de generalizar los resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En otros estudios se ha visto que el perfil de los HSH encuestados por Internet difiere de los encuestados en lugares de ambiente gay. Por ello, al utilizar EMIS una muestra captada básicamente on-line es muy posible que no estén representados todos los HSH.</li> <li>• No todos los HSH tienen acceso a Internet (43% de los hogares españoles no tienen acceso a Internet; Eurostat, 2011), por lo que al usar este medio como sistema de captación se introduce un sesgo hacia la participación de los HSH que más lo utilizan, en detrimento de otros que probablemente lo utilizan menos, como pueden ser los residentes en zonas rurales, los de menores recursos económicos o los inmigrantes.</li> <li>• Finalmente, al reclutar a los participantes en portales o chats gay, se puede sobrestimar, por ejemplo, el porcentaje de hombres con orientación gay o el porcentaje de hombres que buscan parejas sexuales por Internet, porque estos canales son típicamente utilizados para buscar sexo dentro de estos subgrupos. Por lo tanto, los usuarios de Internet que visitan esos portales pueden tener características diferentes de otros usuarios que no</li> </ul>		Todos los HSH	< 25	25 +	Porcentaje	59,39	58,82	59,55	Numerador	6373	1350	5023	Denominador	10730	2295	8435								
	Todos los HSH	< 25	25 +																						
Porcentaje	59,39	58,82	59,55																						
Numerador	6373	1350	5023																						
Denominador	10730	2295	8435																						



acceden a ellos.

- b. Las encuestas conductuales tienen diversas desventajas, entre otras la dificultad para recordar eventos, la posible ambigüedad de algunas preguntas con su consiguiente mala interpretación o el efecto de deseabilidad social que puede producirse en las respuestas.
- c. Es posible que algunas significaciones estadísticas encontradas al comparar variables no sean relevantes, por el efecto del tamaño de la muestra. El análisis estadístico inferencial que se ha realizado para este informe tan sólo contempla asociaciones entre dos variables; por ello, las asociaciones encontradas deben interpretarse con cautela en espera de los resultados de los análisis multivariados correspondientes.

**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	37,22	46,62	44,37
Numerador	1089	4322	5411
Denominador	2926	9270	12196

Observaciones y fuente igual que el anterior.

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

	Todos los HSH	< 25	25 +
Porcentaje	13,06	10,87	13,89
Numerador	399	91	308
Denominador	3055	837	2218

Data arising from a network of 20 HIV/STI clinics located in Spain's most populated cities since 2000 (EPI-VIH Study). Prevalence data are available in 11 of the 20 participating clinics since 1991. Detailed information on this study is available in:  
[http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPIVIH2000\\_2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPIVIH2000_2010.pdf).

**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: 2.207.923  
Fuente: Informe del Cuestionario de Actividades de Prevención de las Comunidades Autónomas (ICAP)

**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.

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

- 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%.

**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**

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 89.1% se habían hecho la prueba alguna vez en la vida

**2.5. Porcentaje de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH**

	Todos los UDI	Hombres	Mujeres	< 25	25 +
Porcentaje	16,42	17,48	12,90	0	18,33
Numerador	22	18	4	0	22
Denominador	134	103	31	14	120

Los datos se recogen de una red de 20 clínicas de ITS y diagnóstico de VIH, situadas en las ciudades con más población den España desde el año 2000. (Estudio EPI-VIH ). Los datos de prevalencia están disponibles en 11 de las 20 clínicas participantes desde 1991:

Otros datos provienen de un estudio realizado en la C.A. de Cataluña:

Fuente: 748 usuarios de drogas inyectadas reclutados en centros de reducción de daños en una única Comunidad Autónoma (Cataluña) mediante un muestreo estratificado multietápico.

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.

La prueba se hizo en fluido oral

Prevalencia: 34.5%

**3. Eliminar la transmisión**

**3.1. Porcentaje de mujeres con VIH embarazadas que reciben TAR para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil**



**materno-  
infantil del VIH  
para el 2015 y  
reducir  
sustancialmente  
las muertes  
maternas  
relacionadas  
con el sida**

	Valor de los datos
Porcentaje	97,93
Numerador	142
Desagregación por tipo de terapia (Maternal Triple TAR)	142
Denominador	145

Fuente: Cohorte NENEXP que incluye Cataluña y Baleares y la Cohorte de Madrid que incluye el resto de Comunidades Autónomas

**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**

	Valor de los datos
Porcentaje	99,31
Valor de la prueba (positivo)	2
Valor de la prueba (negativo)	132
Valor de la prueba (indeterminado)	10
Valor de la prueba (rechazado por el laboratorio)	0
Valor de la prueba (otros)	0
Numerador	144
Denominador	145

Fuente: Cohorte NENEXP de datos de Cataluña y Baleares y Cohorte de Madrid con datos del resto de Comunidades Autónomas

**3.3. Tasa de transmisión materno-infantil (modelado)**

	Valor de los datos
Porcentaje	1,38
Numerador	2
Denominador	145

Fuente: Cohorte NENEXP con datos de Cataluña y cohorte de Madrid que incluye datos del resto de Comunidades Autónomas

**4. Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015**

**4.1. Porcentaje de adultos y niños elegibles que están recibiendo TAR**

	Valor de los datos
Porcentaje	100
Numerador	77571
Denominador	77571

Fuente: Datos anuales proporcionados por las comunidades autónomas, exceptuando Andalucía y Murcia

**4.2. Porcentaje de adultos y niños con VIH que continúan en tratamiento 12 meses después de haber iniciado el TAR**

Los mismos que en el indicador anterior

**5. Reducción de**

**5.1. Porcentaje estimado de personas co-infectadas que reciben tratamiento para la tuberculosis y para el VIH**



<p><b>las muertes por tuberculosis entre las personas con VIH en un 50% para el 2015</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>		Todos los casos	Porcentaje	100	Numerador	8912	Denominador	8912						
		Todos los casos													
Porcentaje	100														
Numerador	8912														
Denominador	8912														
<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>															
<p><b>6. Alcanzar un nivel significativo del gasto mundial anual (US\$22-24 billones) en países de bajos y medianos ingresos</b></p>	<p><b>6.1. Gasto nacional e internacional en sida por categorías y fuentes de financiación</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>GASTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Administración central del Estado</td> <td>14.258.311 (Programas de prevención ya acción social)</td> </tr> <tr> <td>Comunidades Autónomas</td> <td>17.454.64 (Programas de prevención y acción social)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Cooperation<sup>(1)</sup></td> <td>10.000.000 Multilateral</td> </tr> <tr> <td>358.337 Bilateral</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Investigación<sup>(2)</sup></td> <td>7.935.300 (Instituto de Salud Carlos III, Fondo de Investigaciones Sanitarias, Convocatoria independiente de investigación)</td> </tr> <tr> <td>2.206.299 de (3 Comunidades Autónomas: Madrid, Cataluña, Andalucía)</td> </tr> <tr> <td>Gasto en ARV<sup>(3)</sup></td> <td>609.251.504,37</td> </tr> </tbody> </table> <p>(1) Solo incluye los gastos del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (2) No tenemos detalles de investigación universitaria, local o de otro tipo (3)(Excepto la CCAA de Andalucía y Murcia)</p>	CONCEPTO	GASTO	Administración central del Estado	14.258.311 (Programas de prevención ya acción social)	Comunidades Autónomas	17.454.64 (Programas de prevención y acción social)	Cooperation <sup>(1)</sup>	10.000.000 Multilateral	358.337 Bilateral	Investigación <sup>(2)</sup>	7.935.300 (Instituto de Salud Carlos III, Fondo de Investigaciones Sanitarias, Convocatoria independiente de investigación)	2.206.299 de (3 Comunidades Autónomas: Madrid, Cataluña, Andalucía)	Gasto en ARV <sup>(3)</sup>	609.251.504,37
	CONCEPTO	GASTO													
Administración central del Estado	14.258.311 (Programas de prevención ya acción social)														
Comunidades Autónomas	17.454.64 (Programas de prevención y acción social)														
Cooperation <sup>(1)</sup>	10.000.000 Multilateral														
	358.337 Bilateral														
Investigación <sup>(2)</sup>	7.935.300 (Instituto de Salud Carlos III, Fondo de Investigaciones Sanitarias, Convocatoria independiente de investigación)														
	2.206.299 de (3 Comunidades Autónomas: Madrid, Cataluña, Andalucía)														
Gasto en ARV <sup>(3)</sup>	609.251.504,37														
<p><b>7. Factores críticos y sinergias con los sectores del desarrollo</b></p>	<p><b>7.1. Compromisos nacionales e instrumentos políticos (prevención, tratamiento, cuidados y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, género, programas en los lugares de trabajo, estigma y discriminación y monitoreo y evaluación)</b></p> <p>Ver NCPI</p>														
	<p><b>7.2. Proporción de mujeres casadas mujeres con pareja entre los 15 y los 49 años que han sido víctimas de violencia física o sexual por parte de sus parejas masculinas en los últimos 12 meses</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Proporción de mujeres de 18 y más años que han sufrido violencia de género en los últimos 12 meses</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Total</th> <th>18-29 años</th> <th>30-39 años</th> <th>40-49 años</th> <th>50-59 años</th> <th>60-64 años</th> <th>65 y mas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,0</td> <td>3,7</td> <td>3,9</td> <td>3,6</td> <td>2,4</td> <td>3,2</td> <td>1,4</td> </tr> </tbody> </table>	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
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
Disponibile: <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>7.3. Asistencia a la escuela de huérfanos y no huérfanos de entre 10 y 14 años</b>					
No aplicable					
<b>7.4. proporción de hogares que han recibido ayuda económica externa en los últimos 3 meses</b>					
No aplicable					



### III. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

El VIH-sida continúa siendo en España una de las principales causas de enfermedad y de muerte. Hoy viven entre 120.000 y 150.000 personas infectadas por el VIH, con una calidad y una esperanza de vida mucho mejores que en años anteriores. En torno al 30% de las personas infectadas ignoran que lo están. Se estima que cada año se producen alrededor de 3000 nuevos diagnósticos de VIH. Desde el inicio de la epidemia han fallecido en España 53.226 personas por VIH. Los fallecimientos de personas con VIH han decrecido desde 1995, año en que se registró el máximo de defunciones, hasta 2009 en que notificaron 1.079 fallecimientos.

La prevalencia estimada en España se sitúa en torno a 2.5-3 infecciones por mil habitantes; las tasas son mayores entre los hombres que entre las mujeres y los residentes en el medio urbano con respecto al rural. Esta población se mantiene bastante estable puesto que, según los datos disponibles, el número de nuevas infecciones que se incorporan anualmente es bastante similar al de fallecimientos acaecidos en el colectivo, sean o no relacionados con la infección por VIH.

<b>Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España a finales de 2010</b>	
Nuevos diagnósticos de VIH (tasa por millón de habitantes)*	<b>(85-100) 88,5</b>
Mecanismo probable de infección de los nuevos diagnósticos de VIH*	
Usuarios de drogas por vía parenteral	10% - 15% (5,9%)
Hombres con prácticas homosexuales	35% - 40% (46,1%)
Riesgo heterosexual	40% - 45% (33,1%)
Personas que viven con infección por el VIH	120.000 - 150.000
Prevalencia de infección por VIH (tasa por 1000 habitantes)	2,4 - 3,6
Mecanismo probable de infección en las personas que viven con VIH	
Usuarios de drogas por vía parenteral	35% - 40%
Hombres con prácticas homosexuales	20% - 25%
Riesgo heterosexual	30% - 35%
Características de las personas que viven con VIH	
Hombres	75% - 80%
Mujeres	20% - 25%
Niños (menores de 13 años)	< 1%
Personas que han desarrollado sida desde el comienzo de la epidemia**	79.000 - 95.000 80.790
Muertes por VIH/sida desde el principio de la epidemia**	51000- 56.000 53.226

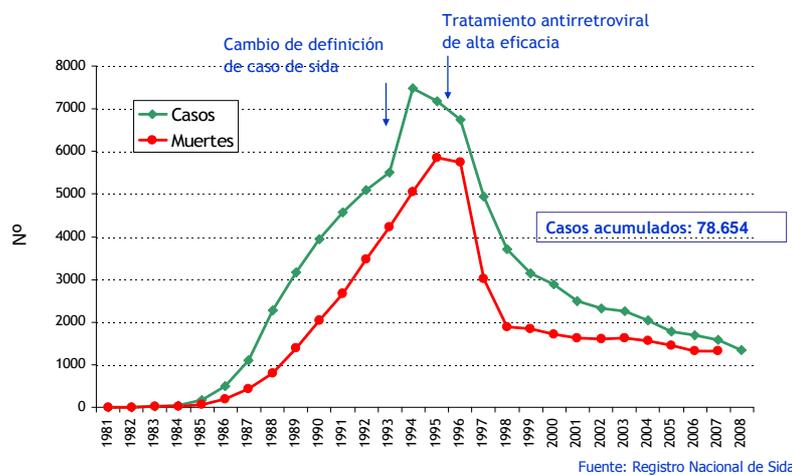
\*Basada en datos conjuntos de Canarias, Ceuta, La Rioja, Navarra, País Vasco, Cataluña, Baleares y Extremadura. \*\*Estimaciones teniendo en cuenta la subnotificación.

La coincidencia de las epidemias de VIH y uso parenteral de drogas ilegales en España en la década de los ochenta marcó el patrón de expansión del virus, que se introdujo sobre todo por compartir material de inyección. Dada la gran eficiencia de esta vía de transmisión del VIH, este se propagó rápidamente entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI). Al inicio de la década de 1990 se estimaba que ya se habían producido más de 100.000 infecciones en España, de las que en torno a dos tercios se habían producido en UDI en contraste con lo que sucedía en la mayoría de países occidentales donde el grupo más afectado era el de los HSH.



A partir de 1993-1994, las medidas implantadas para controlar la transmisión comenzaron a reflejarse sobre todo en los datos de nuevos diagnósticos de VIH, allá donde estaban disponibles, y también en los sistemas de vigilancia centinela. Además, la expansión del TARGA en 1996-1997 en España, mejoró enormemente la situación inmunológica de las personas infectadas, por lo que la morbi-mortalidad por sida disminuyó drásticamente.

INCIDENCIA DE SIDA EN ESPAÑA  
CORREGIDA POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN  
Registro Nacional de Sida. Actualización a 31 de diciembre de 2009



\* Estimaciones corregidas por retraso que pueden sufrir modificaciones conforme se complete la notificación

El abandono de la vía parenteral por parte de los usuarios de drogas, los programas de reducción de daños y el resto de medidas de prevención adoptadas propiciaron un descenso progresivo de la transmisión del VIH en España, especialmente notorio entre los UDI. En consecuencia, se ha producido un cambio en el patrón de transmisión, de forma que la vía parenteral ha sido substituida por la sexual, tanto homosexual como heterosexual, como vía predominante de infección.

A finales de 2010 se disponía de datos sobre nuevos diagnósticos de VIH en 17 CCAA y Ciudades Autónomas (Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Melilla, Navarra, País Vasco), lo que supone una población cubierta de 32.843.416 personas, es decir un 71% del total de la población española.

En el año 2010 se recogió información de 2.907 nuevos diagnósticos de VIH en estas 17 CCAA (tasa 88,5 por millón de habitantes). La mayoría de los casos fueron hombres (82,1%) y la edad media al diagnóstico fue de 35 años (RIC:29-43). La categoría de transmisión sexual entre hombres fue la más frecuente (46,1%), seguida por la transmisión heterosexual (33,1%) y la de UDI, que sumó un 5,9%.

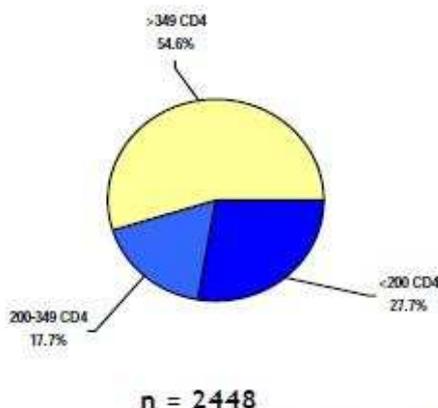
En el año 2010, el 38,4% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras los españoles, la mayoría de



los casos procedían de Latinoamérica (21,4%), Africa Subsahariana (8%) y Europa occidental (3,8%). En el caso de las mujeres, el 54,1% de los nuevos diagnósticos se produjo en originarias de otros países.

Un 27,7% de los casos presentaban una inmunosupresión severa (<200 CD4) al ser diagnosticados, con claro riesgo de sufrir una enfermedad grave, y el consiguiente diagnóstico de sida. Además, un 17,7% tenían entre 200 y 350 CD4. Sumando este porcentaje al anterior, podríamos decir que un 45,4% de los casos eran ya susceptibles de estar en tratamiento antirretroviral en el momento de ser diagnosticados.

#### Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardí España. Datos de 17 CCAA\*. Año 2010



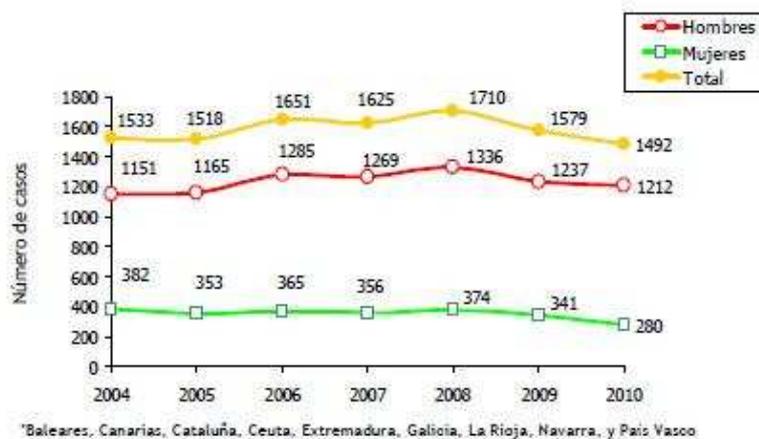
\*Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra, y País Vasco

La tendencia en los nuevos diagnósticos de VIH entre 2004 y 2010 se analiza a partir de los datos de 9 CCAA (Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Galicia, Extremadura, Navarra, País Vasco y La Rioja) que disponen de información a lo largo del periodo.

En comparación con la década de los noventa, en España la epidemia de VIH/sida sigue un curso favorable, ya que el cenit de la incidencia de sida se alcanzó en 1994, con una tasa sida de 190/millón que en aquél momento era la más alta entre los países de la Región Europea de la OMS. Desde 1996 hasta 2010 se ha acusado un declive de casos notificados de un 83%. Con respecto a 2009, los casos de sida descendieron en 2010 en un 16% entre hombres y en un 18% entre mujeres. Sin embargo, la evolución de las nuevas infecciones, entre los años 2004 y 2010 refleja una tendencia a la estabilización en cifras altas de la incidencia de diagnóstico de nuevas infecciones, observándose un descenso progresivo del porcentaje que suponen las mujeres, desde el 25% en 2004 al 19% en 2010, y diferentes tendencias según las categorías de transmisión.

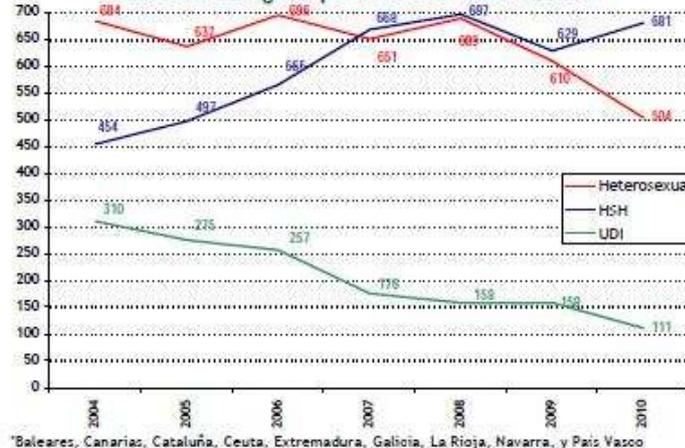


**Nuevos diagnósticos de VIH.**  
Distribución por año de diagnóstico y sexo  
España. Datos de 9 CCAA\*. Periodo 2004-2010  
Datos no corregidos por retraso en la notificación



Por categorías de transmisión, en los UDI se observa un descenso progresivo en las tasas por millón de habitante, una estabilización en los casos de transmisión heterosexual, aunque se evidencia un descenso en el porcentaje de nuevos diagnósticos por esta causa y un claro incremento en los HSH.

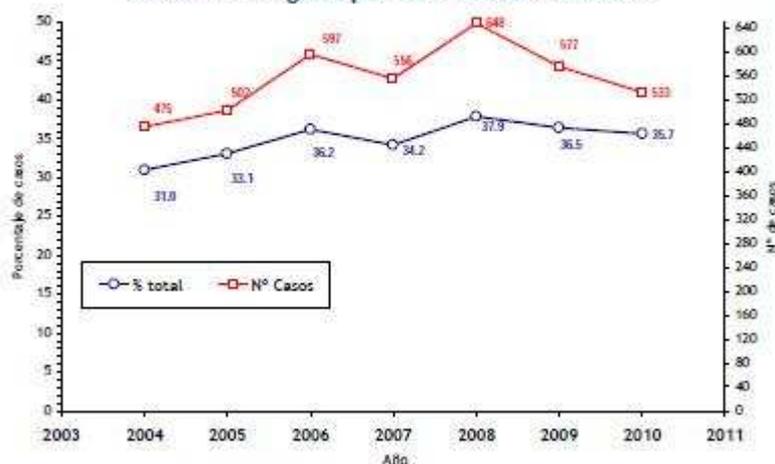
**Nuevos diagnósticos de VIH anuales por categoría de transmisión.** España. Datos de 9 CCAA\*. Periodo 2004-2010  
Datos no corregidos por retraso en la notificación





El porcentaje de personas cuyo país de origen es distinto de España es cada vez mayor, pasando de un 31% en 2004 a un 36% en 2010, aunque este aumento porcentual no se acompaña de una elevación importante del número de casos, que ha pasado de 475 en 2004 a 533 en 2010.

Número y porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en España en personas de otros países de origen. Datos de 9 CCAA\*. Período 2004-2010  
Datos no corregidos por retraso en la notificación



\*Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra, y País Vasco

Las tasas por 100.000 habitantes de nuevos diagnósticos de infección por VIH en España (7,9) se sitúan a un nivel similar al de países de nuestro entorno, como Francia o Bélgica. Sin embargo, se encuentran por encima de la media del conjunto de países de la UE/AEE (5,7).

**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 madres de recién nacidos vivos se vigila desde el año 1996 por el sistema de anónimos no relacionados.  
En el año 2010 se analizaron 130.265 muestras procedentes de 6 CCAA (Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Galicia) con 161 resultados positivos. La cobertura del sistema se estimó en 89% del total de nacidos vivos en la población de estudio, y la prevalencia en el conjunto de comunidades fue de 1,24‰ (IC 95%:1,48-3,27).  
A lo largo del periodo 2003-2010 se analizaron en esas mismas comunidades 989.033 muestras con un total de 1.421 resultados positivos para VIH-1 y 5 para VIH-2. La prevalencia global del período fue de 1,44‰ (IC 95%:1,37-1,52), observándose una tendencia descendente.
- 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. Del análisis de los resultados obtenidos entre 2000 y 2010, se desprende que la mayoría de pacientes son hombres (72,7% en 2010), cada vez de mayor edad y con alto porcentaje de personas en situación de desempleo o percibiendo prestaciones por discapacidad o jubilación (sólo el 42,1% en 2010 eran trabajadores en activo). Las personas de otros países aumentan a lo largo del periodo (4,1% en 2001 frente a 13,8% en 2010). El grupo predominante es el de UDI/Ex UDI, pero aumenta la proporción de aquellos que se infectaron por vía sexual. La mayoría de los pacientes se diagnosticó hace años y el 85% de los encuestados en el año 2010 recibe tratamiento antirretroviral. Respecto a las pautas de tratamiento el 81% recibía una combinación de tres ARV y el 9% más de tres. Aunque la proporción de encuestados que refieren no haber usado preservativo en la última relación sexual descende desde 2002, es de destacar que un 27% no lo habían utilizado.. Entre los pacientes UDI y el 13% refirió haber consumido drogas por vía parenteral en el último mes.

En 2010, el 52% de las mujeres había contraído la infección por transmisión heterosexual y el 39,5% por compartir material de inyección; mientras que entre los hombres, el mecanismo de transmisión más frecuente fue el uso intravenoso de drogas (42,5%) seguido de las relaciones homo/bisexuales (30%). Con respecto a los encuestados que habían sido diagnosticados en 2010 se mostró el 48% tenía niveles de CD4 inferiores a 200 CD4 y sólo el 10% superaba los 500 CD4.

## IV. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

### Compromiso Nacional

Desempeñar un papel importante en la prevención de las nuevas infecciones por VIH y en la búsqueda de la máxima calidad de vida para las personas con VIH es un gran reto al que Administraciones Públicas y Sociedad Civil nos enfrentamos, y que se contempla en el **Plan Multisectorial 2008-2012 de la infección por VIH y sida 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 2007.

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 otras estructuras de la sociedad civil, han contribuido de forma sinérgica a este avance.

De forma específica, y durante el **período de enero de 2010 a diciembre 2011**, el compromiso nacional para la mitigación del impacto del sida se ha reforzado en los aspectos referidos a la **cooperación al desarrollo, participación de la sociedad civil, diagnóstico precoz, prevención en HSH y lucha contra el estigma y la discriminación, con la elaboración de un Pacto Social por la no discriminación asociada al VIH.**

### 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 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.

En el año 2011, España ha contribuido a ONUSIDA con la cantidad de 5 millones de euros, con cargo al Fondo de Ayuda al Desarrollo. Esta contribución se desglosa en 4 millones de euros al programa ONUSIDA y 1 millones de euros para apoyo a las actividades de la Iniciativa Internacional para la vacuna contra el sida (IAVI). También contribuyó con 5 millones de euros a UNITAID. En ayuda bilateral 248.337 euros a África (Guinea Bissau) y 110.000 euros a países participantes en el programa ESTHER en América Latina

Finalmente, señalar 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 poder hacer frente, con garantías de calidad, a toda la demanda actual y futura de la infección por VIH- por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en Latinoamérica, que concretamente en el período 2002-2011 se ha desarrollado en Ecuador, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Costa Rica y Colombia.

### Participación de la Sociedad Civil

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

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha destinado en ayudas a ONG con destino a financiar programas de prevención y control del VIH y sida 3.736.800 € en 2010 y 3.860.000 en 2011. Así mismo, se destinaron 3.554.544,51 € tanto en 2010 como en 2011 a ayudas a ONG para el desarrollo de programas de apoyo e inserción laboral, casas de acogida y pisos de inserción social para personas con el VIH.



## 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 por el Ministerio de Sanidad y Consumo 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).

La campaña del Día Mundial del Sida (DMS) 2011. "30 años de logros, 30 años de retos" incide no solo en la solución médica a la epidemia, y en las intervenciones preventivas, sino también en la necesidad de erradicar el estigma y la discriminación asociados al VIH.

Se ha universalizado el acceso al tratamiento reparador de la lipoatrofia facial, que constituye uno de los efectos secundarios de los TAR más estigmatizantes, a través de un uso tutelado, para todas las personas con lipoatrofia facial asociada al VIH que cumplen las condiciones y requisitos fijados en el correspondiente protocolo. Desde su puesta en marcha en marzo de 2010 se han realizado 927 intervenciones.

Finalmente, como aspecto que refleja la mejora de la igualdad de condiciones de las personas con VIH respecto a otras personas con enfermedades crónicas, destacaríamos la **normalización en el acceso al trasplante de hígado de personas con el VIH.**

## Tratamiento

En España el acceso al tratamiento antirretroviral es universal, gratuito y en igualdad de prestaciones para todos los ciudadanos, incluida la población inmigrante en situación irregular. De hecho, 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 la actualidad unas 80.000 personas están en tratamiento antirretroviral y se calcula que el coste que supone es de unos 700 millones de euros al año, con cifras tendentes a la estabilización.

## Prevención

Durante el período de enero de 2010 a diciembre de 2011 se han mantenido estrategias de prevención del VIH, basadas en la evidencia científica, dirigidas a las



distintas poblaciones vulnerables (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que ejercen la prostitución, inyectores de drogas, presos, inmigrantes, mujeres y jóvenes), así como a las personas que ya están infectadas por el VIH.

Son destacables: **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.**

En España, en el período 2010-2011, se han reforzado los programas y actividades dirigidas a aquellas poblaciones (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y población inmigrante) en las que se observa una tendencia al aumento de la prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Igualmente han aumentado y se han diversificado las actividades dirigidas a promocionar el diagnóstico precoz en poblaciones vulnerables y en población general, con la recomendación de realización de la prueba al menos una vez al año para HSH y la realización de pruebas rápidas en entornos no clínicos, realizadas en ONGs y en Farmacias de algunas Comunidades Autónomas.

Finalmente, señalar las áreas prioritarias de trabajo que se han venido desarrollando en el período 2010-2011 desde el Plan Nacional sobre el Sida:

- Prevención en usuarios de drogas por vía parenteral.
- Prevención de la transmisión sexual del VIH en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales.
- Prevención en jóvenes en medidas de internamiento o en riesgo de exclusión social.
- Promoción del uso del preservativo masculino y femenino.
- Prevención en personas que ejercen la prostitución.
- Detección precoz de la infección por VIH y de prácticas de riesgo.
- Prevención de la transmisión en personas que viven con el VIH.
- Prevención de la transmisión del VIH en inmigrantes.
- Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH.
- Lucha contra el estigma y la discriminación.

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

## V. PRACTICAS ÓPTIMAS

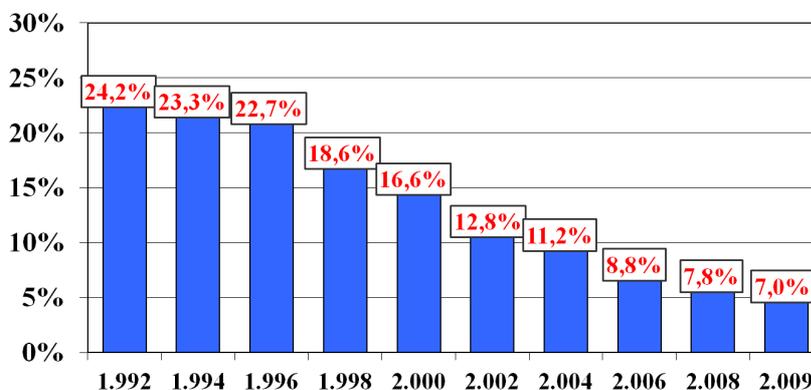
### Prisiones

Las tasas de infección por VIH en prisiones han disminuido marcadamente, pero todavía siguen siendo muy superiores a las de la población general.

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.



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... No obstante, el grado de desarrollo de estos programas no es aún homogéneo en todas las prisiones.

### 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.



## 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 es uno de los objetivos prioritarios del PMS2008-2012. En 2011 el 45,4% de los nuevos diagnósticos de VIH eran susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral en el momento de ser diagnosticados de infección por

Entre las actividades realizadas están las de difusión entre la población, mediante campañas, colaboración participativa de las ONGs, teléfonos de información, medios de comunicación y servicios sanitarios, el mensaje de que en cualquier persona que ha tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja de la que ignora si es VIH+ está recomendado acudir a los servicios de salud a hacerse la prueba.

La SPSN y el uso de pruebas rápidas en entornos no hospitalarios como ONG y también ha apoyado y fomentado campañas de promoción de la prueba de VIH, sobre todo del diagnóstico precoz farmacias.

Se encuentra en proceso de elaboración una guía de recomendaciones para el fomento de la prueba por parte de la Secretaría del Plan Nacional de Sida con un grupo de expertos.

## VI. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

Las líneas de trabajo prioritarias, planteadas en el Plan Multisectorial 2008-2012, se centran en los siguientes aspectos:

- Dada la descentralización existente en España, la **coordinación multisectorial** es un elemento clave.
- La plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es un elemento indispensable de la respuesta mundial a la pandemia, porque reduce la vulnerabilidad al VIH y **evita el estigma y la discriminación** de las personas con VIH o con riesgo de contraerlo.
- Intensificar actuaciones en el ámbito del **diagnóstico precoz** las nuevas infecciones. El número de personas con VIH que no conoce su infección se cifra en España en torno a las 35.000. No pueden beneficiarse de los tratamientos y, desde el punto de vista de la prevención, ni son conscientes de que pueden transmitir la infección a sus parejas ni disminuye la transmisibilidad en ausencia de tratamiento. En España, la mayor limitación al objetivo de acceso universal al tratamiento es el infradiagnóstico. Diagnosticar precozmente a esta población es una de nuestras prioridades.
- Los programas de **reducción de daños** siguen siendo una prioridad. Se requiere intensificar las intervenciones para reducir la transmisión sexual de las personas que se inyectan drogas a sus parejas y buscar medidas innovadoras.
- Dado que existen datos que apuntan a un **incremento en las prácticas de riesgo de los hombres homosexuales**, en particular los jóvenes y de la incidencia de ITS, es esencial intensificar las acciones específicamente



dirigidas a reforzar la adherencia a las medidas preventivas, incluyendo la reducción de riesgos en las prácticas sexuales entre estos colectivos, fomentar la realización de la prueba y evitar el consumo de drogas de uso recreativo.

- La prevención del VIH en la **población inmigrante** debe abordar las dificultades asociadas a las barreras lingüísticas, las distintas concepciones de la salud y de la enfermedad y sus peculiares dificultades de acceso a los recursos sociosanitarios, y contar con los conocimientos necesarios para prevenir el VIH en el marco de la diversidad cultural.
- Los **jóvenes en situación social de riesgo**, son particularmente vulnerables y presentan a menudo dificultades de acceso adicionales.
- Dar más peso a la **prevención en personas con VIH y sus parejas**, sin renunciar a la protección de los derechos que requiere la excepcionalidad de esta epidemia.
- Consolidar el **sistema de notificación de nuevas infecciones por VIH** de base poblacional, y a nivel de todo el Estado, es un elemento clave para mantener la sensibilidad social a la epidemia y orientar las políticas preventivas.
- Mejorar y sistematizar el **sistema de vigilancia de conductas de riesgo** que tenga representatividad nacional,

## VII. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

NO APLICABLE

## VIII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

### Sistemas de vigilancia y evaluación de la infección por VIH

#### Sistemas de vigilancia y evaluación de la infección por VIH

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 Dirección 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.
- Estudio de seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en recién nacidos.
- 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. 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.

c) Vigilancia centinela de la gonococia y la sífilis

Mediante este sistema se recoge información en una red centinela de 15 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.

d) Encuesta EMIS

Actualmente se están explotando los datos a nivel nacional

### 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.



#### **4) Evaluación del Plan Multisectorial 2008-2012**

##### **a) Desarrollo de indicadores cuantitativos**

El actual Plan Multisectorial tiene definidos sus indicadores prioritarios, y debe adaptar y redefinir sus indicadores clave y del plan.

- Cumplimentación de los indicadores prioritarios.
- Una vez revisados los indicadores clave y del plan se procederá a su redefinición y cumplimentación.

##### **B) Evaluación cualitativa**

Durante este año se ha puesto en marcha la evaluación cualitativa del Plan Multisectorial que finaliza este año, mediante un modelo de 4ª generación, que permite analizar además de los resultados de las políticas públicas sus procesos de aplicación. Hasta el momento se han desarrollado las siguientes etapas:

- Análisis de la situación de partida y conceptualización
- Sistematización de las necesidades informativas
- Construcción de una matriz de evaluación: mediante la cumplimentación de fichas diseñadas al efecto

#### **I) PROBLEMAS MAS RELEVANTES**

- Consolidar el Sistema Nacional de Notificación de nuevos casos de VIH en todo el territorio con la incorporación de la última Comunidad Autónoma que falta y que se encuentra en fase de pruebas,.
- Con respecto a la información sobre mortalidad, existe un cierto retraso en la publicación de los datos, aunque esta situación ha mejorado mucho en los últimos años.
- Reducir el retraso diagnóstico de la prueba, con el fomento de la realización de la misma.
- Mejorar las estrategias de prevención en HSH, para invertir el ascenso de nuevos diagnósticos.
- Introducir criterios de calidad en las estrategias y programas de prevención de VIH.
- Elaboración de un nuevo Plan Multisectorial, que dé respuesta a la epidemia para un nuevo periodo.



## II) PRINCIPALES PROPUESTAS DE FUTURO

Las propuestas de futuro más importantes para mejorar los sistemas de información y seguimiento de la infección por VIH en España están contenidas en el vigente Plan Multisectorial y son las siguientes:

- Consolidar el sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VIH en todo el territorio nacional
- Establecer un sistema de recogida de conductas de riesgo.
- Mejorar los sistemas de información de base asistencial e identificar nuevas necesidades en esta área.
- Implantar criterios de calidad en las estrategias y programas de prevención frente el VIH
- Introducir en el nuevo Plan Multisectorial un apartado de monitorización y evaluación que integre todos los sistemas

Madrid, 29 de marzo de 2012