



INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS ESPAÑA Enero de 2008 - Diciembre de 2009

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 2001 y renovada en 2006, el gobierno español 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 la promesa, de proporcionar acceso universal a los tratamientos y a las medidas de prevención.

El gobierno de España está ejerciendo el **liderazgo político** requerido en la lucha contra el VIH-sida a través de una actuación conjugada de sus diferentes Departamentos Ministeriales, debiéndose subrayar el liderazgo ejercido por el Ministerio de Sanidad y Política Social 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), y como tal, se reúne periódicamente con el equipo de 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, dirigida por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de sanidad y Política Social.

La situación de la epidemia

Hasta el 31 de diciembre de 2009 se habían notificado en España un total acumulado de 78.654 casos de sida. En su inicio, la epidemia de VIH en nuestro



país estuvo muy ligada a la transmisión por inyección de drogas ilegales en condiciones no higiénicas, lo que determinó su rápida expansión al solaparse con la epidemia de uso inyectado de drogas que también se produjo en aquel momento. 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 80,1% desde la extensión del TARGA, nuestro país sigue presentando una de las prevalencias 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 los casos de sida en mujeres en 2008, el 65.4% de las cuales se infectó por transmisión heterosexual. En el mismo año, de los casos de sida en hombres, el 25.8% se infectó por este mismo mecanismo y un 26.3% por relaciones homo/bisexuales.

En cuanto a los nuevos diagnósticos de VIH, el predominio de la transmisión sexual es obvio, ya que en el 80.6% de los que se notificaron en 2008 en las 12 Comunidades y Ciudades Autónomas que recogen este tipo de información se atribuyó la infección a contactos sexuales sin protección. Además, mientras los nuevos diagnósticos atribuidos a transmisión parenteral descienden año tras año, los asignados a relaciones heterosexuales se mantienen bastantes estables y los debidos a relaciones sexuales entre hombres muestran un ascenso en los últimos años.

La incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en España aumenta desde el año 2001, un hecho coherente con el incremento de las relaciones sexuales sin protección. En otros países europeos también se registran aumentos en la incidencia de VIH e ITS, sobre todo en varones homosexuales.

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. 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 la prevalencia de personas vivas con VIH/Sida se mantiene bastante estable, entre 120.000 y 150.000, como consecuencia de la evolución de las nuevas infecciones y de la mortalidad.

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% según las estimaciones) que desconocen su situación, de forma que muchas alcanzan estadios avanzados de inmunodeficiencia y desarrollan sida sin haber recibido tratamiento. Entre los nuevos diagnósticos de infección por VIH notificados en 2008, un 30% presentaban menos de 200 CD4 en el momento de la detección del virus, lo que sugiere retraso diagnóstico.

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.

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 extranjeros. En cualquier caso, al igual que en otros países de la UE, actualmente en España el grupo más castigado por la infección son los HSH ya que son mayoría tanto entre los originarios de España como entre los hombres, sean españoles o extranjeros, y además es la única categoría de transmisión en la que se produce un claro aumento en el número de nuevos diagnósticos.

Estos hechos sitúan *el refuerzo de las estrategias de prevención de la transmisión del VIH en HSH, la diseminación de programas adecuados para extranjeros y la disminución del retraso diagnóstico como los retos fundamentales para el futuro. Todo ello sin desdoro de los programas de reducción de daños para las personas inyectoras de drogas ilegales, 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-, se tiene que producir a todos los niveles, Nacional, Regional 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"> - coordinación institucional y autonómica - interdisciplinariedad - vinculación con estrategias afines - participación ciudadana
Calidad	<ul style="list-style-type: none"> - estrategias basadas en la evidencia científica y en la situación epidemiológica - reducción de daños - formación continuada - evaluación integrada en las intervenciones desde la concepción
Equidad	<ul style="list-style-type: none"> - derechos humanos y solidaridad - igualdad de oportunidades y no discriminación - reducción de la vulnerabilidad - responsabilidad individual - enfoque de género

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 sanidad, de la educación y de los servicios sociales, por lo que la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Política Social 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.

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.

El tercero de los principios rectores es la **equidad**. El respeto de los derechos humanos y la solidaridad son ya parte del acervo de la epidemia de VIH/sida, 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 promover 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 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 a la lucha contra el 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
- Lucha contra el 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
- 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, y de que se retroalimentan, [la política española de cooperación para el desarrollo](#) se ha constituido en un elemento fundamental de la acción exterior del gobierno español, situándose la infección por VIH y el sida entre las áreas prioritarias en el sector de la salud, y que son reconocidas como derecho fundamental del ser humano. En este sentido, se han elevado los esfuerzos realizados durante el período anterior, incrementándose de forma altamente significativa los compromisos económicos en este campo.

Indicadores UNGASS (Tabla General)

INDICADORES NACIONALES	
Compromiso y acción nacionales	
1. Gasto nacional e internacional relativa al SIDA por categoría y fuente de financiación	<p>Todo el gasto procede de los presupuestos nacionales. En España no se lleva a cabo encuesta de flujo de recursos.</p> <p>En algunos casos sólo se dispone de los presupuestos, no de los gastos efectivos, pero la desviación entre presupuestos y gastos no es relevante.</p> <p>Los gastos disponibles son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2007: Prevención (29.115.993 €), antirretrovirales (399.231.402 €), protección social (7.157.393 €), investigación (3.971.499 €) • 2008: Prevención (29.473.361 €), antirretrovirales (627.333.167 €), protección social (7.342.367 €), investigación (5.070.779€) • 2009: sólo se dispone actualmente de información sobre el gasto en prevención y protección social desde la administración central. Prevención (14.786.000 €), protección social (3.297.997 €). En cuanto a investigación son (4.940.973 €). <p>Existen numerosas actividades de financiación pública llevadas a cabo tanto dentro (v. gr. hospitalizaciones, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas...), como fuera (v. gr. Actividades de prevención en las escuelas, investigación pública en VIH...), del sistema de salud que no están incluidas en este total de gasto.</p>
2. Índice Compuesto de Política Nacional	Mirar anexo
Programas nacionales	
3. Porcentaje de unidades de sangre donada que se analizan para la detección del VIH con criterios de calidad asegurada.	100% de las unidades analizadas
4. Porcentaje de adultos y niños con infección por el	Dato no disponible. La "Encuesta Hospitalaria de pacientes de VIH/sida" es un estudio que se publica anualmente y se realiza en un día prefijado entre los pacientes diagnosticados de VIH en contacto con



VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	el Sistema Nacional de Salud. En la Encuesta Hospitalaria de 2009, sobre una muestra de 760 encuestas, el 83% de los pacientes encuestados se encontraba en tratamiento antirretroviral.
5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	Dato no disponible. Según los datos disponibles procedentes de un estudio de cohortes de la zona metropolitana sur de la Comunidad de Madrid, más del 90% de las mujeres con VIH embarazadas han recibido TARGA para reducir el riesgo de transmisión materno-fetal.
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Dato no disponible. La "Encuesta Hospitalaria de pacientes de VIH/sida" es un estudio que se publica anualmente y se realiza en un día prefijado entre los pacientes diagnosticados de VIH en contacto con el Sistema Nacional de Salud. En la Encuesta Hospitalaria de 2009, una de las enfermedades indicativas de sida de aparición más frecuente fue la enfermedad tuberculosa. Sobre una muestra de 760 encuestas, el 3,6% de los pacientes encuestados tenían tuberculosis. En España el tratamiento para el VIH y la TB está garantizado a todos los pacientes que lo requieran.
7. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	<ul style="list-style-type: none"> • El número de pruebas de VIH realizadas en 2007 por 14 administraciones autonómicas de las 19 españolas son 963.540. En conjunto, éstas suponen un 75,3% del total de la población española a 1 de enero de 2007. Fuente: ICAP 2007. MSPS • El número de pruebas de VIH realizadas en 2008 por 15 administraciones autonómicas de las 19 españolas (suponen el 81% de la población) es de 1.185.621. Fuente: ICAP 2008. MSPS
8. Porcentaje de poblaciones más expuestas que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	<ul style="list-style-type: none"> • CONSUMIDORES DE DROGAS INYECTADAS 8a. Porcentaje de personas que se han inyectado alguna vez en la vida (n=15.824) admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que conoce su estado serológico frente al VIH. <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto;">75,6%</div> <i>Método:</i> Encuesta a consumidores admitidos a tratamiento en España 2007 (N=50.555). La información de recogo sistemáticamente y se publica con periodicidad anual. • HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES 8b. Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que se habían hecho la prueba al menos en alguna ocasión. <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto;">86,6%</div> <i>Método:</i> Encuesta a hombres que tienen sexo con hombres reclutados en locales de ambiente gay y entre los socios de la Coordinadora Gai-lesbiana de Cataluña en 2006 (N=868). • PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN 8c. Porcentaje de mujeres que ejercen la prostitución que acuden a clínicas de ITS que se habían realizado previamente la prueba. <div style="text-align: center; border: 1px solid black; width: fit-content; margin: 0 auto;">66,5%</div> <i>Método:</i> Estudio anónimo no relacionado en 7 centros de ETS. El estudio, de carácter anual, finalizó en 2002, año al que corresponde el dato proporcionado.
9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH	<p>No se recoge la cobertura pero si las regiones que desarrollan programas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas que ejercen la prostitución: todas las regiones disponen de programas específicos de prevención (mujeres, transexuales y hombres) en 2008. • Hombres que tienen sexo con hombres: 15 de las 19 regiones de España disponen de programas específicos en 2008.. • Inmigrantes y minorías étnicas: 16 de las 19 regiones disponen de programas de prevención en 2008. • Usuarios de drogas inyectadas: En 2007 hubo 99.247 usuarios en programas de metadona, 17.541 de ellos en centros penitenciarios. En 2008 hubo 98.437 usuarios, 16.792 en prisiones. En cuanto a jeringuillas, se distribuyeron de forma gratuita o subvencionada 2.802.230 en 2007 y 3.136.139 en



	<p>2008, incluyendo prisiones. Fuente: informe de actividades de prevención de las comunidades autónomas de España. Informe anual último informe ICAP 2008. Elaborado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Política Social</p>				
10. Porcentaje de huérfanos y niños vulnerables de 0 a 17 años de edad cuyos hogares recibieron apoyo externo básico gratuito para la atención infantil	Indicador no aplicable				
11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico	<p>11a. Porcentaje de centros escolares públicos y privados en los que se realizan programas de prevención del VIH (programas de educación o promoción de la salud sexual con contenidos de prevención de VIH y/o programas específicos de VIH).</p> <table border="1"> <tr> <td>Año 2007 (curso académico 2006-2007)</td> <td>Entre 6.7% y 96% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones</td> </tr> <tr> <td>Año 2008 (curso académico 2007-2008)</td> <td>Entre 6,7% y 96% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones</td> </tr> </table> <p><i>Método:</i> La información, recogida por las autoridades educativas y sanitarias regionales, es agregada por el órgano de coordinación nacional. Se recoge anualmente desde 1999 mediante cuestionario sistematizado. A fecha de hoy, 2008 es el último año disponible. 2009 se encuentra en fase de recogida. <i>Resultados:</i> La cobertura presenta grandes diferencias interregionales, que se deben a que el sistema educativo es competencia de las autoridades regionales.</p>	Año 2007 (curso académico 2006-2007)	Entre 6.7% y 96% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones	Año 2008 (curso académico 2007-2008)	Entre 6,7% y 96% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones
Año 2007 (curso académico 2006-2007)	Entre 6.7% y 96% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones				
Año 2008 (curso académico 2007-2008)	Entre 6,7% y 96% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones				
Conocimiento y comportamiento					
12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*	La tasa de escolarización (2007-2008): 15 años: 99,1% Hombres: 98,9% Mujeres: 99,3%				
13. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus*	<ul style="list-style-type: none"> • Un 50,1% de los jóvenes encuestados cree que no es nada probable que uno pueda infectarse por compartir un vaso con alguien que está infectado por el VIH. Un 34% que es poco probable y 14,7% que es bastante o muy probable • Un 37.3 % de los jóvenes encuestados cree que no es nada probable que uno pueda infectarse por el uso de baños públicos. Un 42.7% que es poco probable y 19.4% que es bastante o muy probable • Un 0.3% de los jóvenes encuestados cree que no es nada probable que uno pueda infectarse por mantener relaciones sexuales sin preservativos. Un 1.5% que es poco probable y 98.2% que es bastante o muy probable • Un 50.1% de los jóvenes encuestados cree que no es nada probable que uno pueda infectarse si una persona con el VIH tose o estornuda cerca de él. Un 36.4% que es poco probable y 10.8% que es bastante o muy probable • Un 3.3% de los jóvenes encuestados cree que no es nada probable que uno pueda infectarse por compartir jeringuillas o cuchillas. Un 1.2% que es poco probable y 95.2% que es bastante o muy probable • Un 22.7% de los jóvenes encuestados cree que no es nada probable uno pueda infectarse por la picadura de un mosquito. Un 38.2% que es poco probable y 31% que es bastante o muy probable • Un 8.4% de los jóvenes encuestados cree que no es nada probable uno pueda infectarse por la transmisión de madre a hijo por leche materna. Un 26.3% que es poco probable y 56.7% que es bastante o muy probable <p>Fuente: - Estudio "Creencias y Actitudes de la población española hacia las personas con VIH". Pendiente de Publicación por FIPSE. (n=1607. N 18-24= 335)</p>				



<p>14. Porcentaje de poblaciones más expuestas que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus</p>	<p>No hay datos disponibles</p>
<p>15. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años</p>	<p>Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 16 años: Hombres: 30.2%, Mujeres: 17.9%. INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA 2008 INJUVE .Observatorio de la Juventud .NOVIEMBRE 2008. N= 5.000 jóvenes entre 15 y 29 años</p>
<p>16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses</p>	<p>Porcentaje de hombres y mujeres a partir de 16 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses: 25% hombres, 10% mujeres Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009.MSPS. N=9850</p> <p>Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses: 29.3% INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA 2008 INJUVE .Observatorio de la Juventud .NOVIEMBRE 2008. N= 5.000 jóvenes entre 15 y 29 años</p>
<p>17. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*</p>	<p>Porcentaje de hombres y mujeres a partir de 16 años de edad que utilizó preservativo en la última relación sexual con su pareja esporádica o ocasional: 72% hombres, 68.6% mujeres Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009.MSPS. N=9850</p> <p>Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad que ha usado preservativo durante la última relación sexual: 77.6%. Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 29 años de edad que ha usado preservativo siempre durante el último año: 55.8%. INFORME JUVENTUD EN ESPAÑA 2008 INJUVE .Observatorio de la Juventud .NOVIEMBRE 2008. N= 5.000 jóvenes entre 15 y 29 años</p>
<p>18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente</p>	<p>No hay datos disponibles</p>
<p>19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina</p>	<p>Porcentaje de hombres con prácticas homosexuales que declara haber usado un preservativo durante el último coito anal en los últimos 6 meses. 65,5% N=313 A partir de los datos recogidos en lugares de ambiente gay de la ciudad de Barcelona como parte del proyecto SIALON financiado por la Comisión Europea del Programa de Salud pública de la Comisión Europea 2003-2008 (“<i>The Capacity building in HIV/Syphilis prevalence estimation using non-invasive methods among MSM in Southern and Eastern Europe</i>”).</p>
<p>20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual</p>	<p>Los datos proporcionados corresponden al "Porcentaje de consumidores de drogas inyectadas que declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual en los últimos 6 meses, por tipo de pareja". Con pareja estable, 37,9%,: CDI que tuvieron una pareja estable en los últimos 6 meses (n=359) . Con pareja ocasional, 78,8%, base: CDI que tuvieron parejas ocasionales en los últimos 6 meses (n=255). Datos procedentes del estudio REDAN en una muestra de UDVP españoles e inmigrantes que acuden a centros de reducción de daños de Cataluña.</p>



<p>21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó</p>	<p>La información proporcionada corresponde al "Porcentaje de consumidores de drogas inyectadas que se inyectó con jeringuillas usadas en los últimos 6 meses.", que fue 19,4%. N=743 Datos procedentes del estudio REDAN en una muestra de UDVP españoles e inmigrantes que acuden a centros de reducción de daños de Cataluña.</p>																																																													
<p>Impacto</p>																																																														
<p>22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH*</p>	<p>Datos de mujeres que dan a luz un hijo vivo, obtenida de forma anónima y no relacionada. No se registra la edad de la madre. Se asume que la prevalencia de infección en estas mujeres se puede utilizar como indicador de la prevalencia en mujeres en edad reproductiva y en población heterosexual de bajo riesgo. Informe en Instituto de Salud Carlos III (CNE). Estudio anónimo y no relacionado sobre la prevalencia de anticuerpos anti-VIH 1 y 2 en recién nacidos de SEIS Comunidades Autónomas. Años 2003-2008. http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_anr_nacidos.jsp En 2008: 1,27% (IC 95%: 1,09-1,47) Numerador: 179 Denominador: 140.529</p>																																																													
<p>23. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH</p>	<p>INDICADOR 23. PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN.</p> <p>Datos procedentes de personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba del VIH en 19 clínicas de diagnóstico y consejo de VIH y/o diagnóstico y tratamiento de ITS, situadas en 18 ciudades españolas (Estudio EPI-VIH). Estos datos se refieren a profesionales del sexo NO USUARIOS DE DROGAS POR VIA INTRAVENOSA. Datos correspondientes al año 2008</p> <table border="1" data-bbox="423 1041 1360 1163"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Distribución por sexo</th> <th colspan="3">Distribución por edad</th> <th rowspan="2">TOTAL</th> </tr> <tr> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> <th><25 años</th> <th>25 y más</th> <th>No consta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VIH +</td> <td>42</td> <td>16</td> <td>20</td> <td>38</td> <td>0</td> <td>58</td> </tr> <tr> <td>Nº analizados</td> <td>202</td> <td>1871</td> <td>623</td> <td>1449</td> <td>1</td> <td>2073</td> </tr> <tr> <td>Prevalencia (%)</td> <td>20,8</td> <td>0,9</td> <td>3,2</td> <td>2,6</td> <td>0</td> <td>2,8</td> </tr> </tbody> </table> <p>INDICADOR 23. HSH.</p> <p>Datos procedentes de personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba del VIH en 19 clínicas de diagnóstico y consejo de VIH y/o diagnóstico y tratamiento de ITS, situadas en 18 ciudades españolas (Estudio EPI-VIH). Estos datos se refieren a VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON VARONES Y QUE NO SON USUARIOS DE DROGAS POR VIA INTRAVENOSA. Datos correspondientes al año 2008</p> <table border="1" data-bbox="423 1444 1347 1591"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th>Distribución por sexo</th> <th colspan="3">Distribución por edad</th> <th rowspan="2">TOTAL</th> </tr> <tr> <th>Hombres</th> <th><25 años</th> <th>25 y más</th> <th>No consta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VIH +</td> <td>328</td> <td>74</td> <td>254</td> <td>0</td> <td>328</td> </tr> <tr> <td>Nº analizados</td> <td>3216</td> <td>930</td> <td>2286</td> <td>0</td> <td>3216</td> </tr> <tr> <td>Prevalencia (%)</td> <td>10,2</td> <td>8,0</td> <td>11,1</td> <td>0</td> <td>10,2</td> </tr> </tbody> </table> <p>INDICADOR 23. USUARIOS DE DROGAS</p> <p>Datos procedentes de personas que acuden voluntariamente a realizarse la prueba del VIH en 19 clínicas de diagnóstico y consejo de VIH y/o diagnóstico y tratamiento de ITS, situadas en 18 ciudades españolas (Estudio EPI-VIH). Datos correspondientes al año 2008</p>		Distribución por sexo		Distribución por edad			TOTAL	Hombres	Mujeres	<25 años	25 y más	No consta	VIH +	42	16	20	38	0	58	Nº analizados	202	1871	623	1449	1	2073	Prevalencia (%)	20,8	0,9	3,2	2,6	0	2,8		Distribución por sexo	Distribución por edad			TOTAL	Hombres	<25 años	25 y más	No consta	VIH +	328	74	254	0	328	Nº analizados	3216	930	2286	0	3216	Prevalencia (%)	10,2	8,0	11,1	0	10,2
	Distribución por sexo		Distribución por edad			TOTAL																																																								
	Hombres	Mujeres	<25 años	25 y más	No consta																																																									
VIH +	42	16	20	38	0	58																																																								
Nº analizados	202	1871	623	1449	1	2073																																																								
Prevalencia (%)	20,8	0,9	3,2	2,6	0	2,8																																																								
	Distribución por sexo	Distribución por edad			TOTAL																																																									
	Hombres	<25 años	25 y más	No consta																																																										
VIH +	328	74	254	0	328																																																									
Nº analizados	3216	930	2286	0	3216																																																									
Prevalencia (%)	10,2	8,0	11,1	0	10,2																																																									



	Distribución por sexo		Distribución por edad			TOTAL
	Hombres	Mujeres	<25 años	25 y más	No consta	
VIH +	23	8	3	28	0	31
Nº analizados	118	41	15	144	0	159
Prevalencia (%)	19,5	19,5	20,0	19,4	0	19,5
24. Porcentaje de adultos y niños con el VIH que sigue con vida y se tiene constancia de que continúa en tratamiento 12 meses después de haber iniciado la terapia antirretrovírica	Datos no disponibles					
25. Porcentaje de Lactantes que nació con VIH de madres infectadas	Dato no disponible					

INDICADORES MUNDIALES

Compromiso y Acción Mundiales

1. Cantidad de flujos financieros bilaterales y multilaterales (compromisos y desembolsos) destinados a los países de ingresos bajos y medianos	Fondo Global de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria: <ul style="list-style-type: none"> • 2008: 150.000.000 € • 2009: 102.976.242 € ONUSIDA: <ul style="list-style-type: none"> • 2008: 10.200.000 € • 2009: 6,5 millones €
2. Cuantía de fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH	Iniciativa Internacional para la vacuna contra el sida (IAVI): <ul style="list-style-type: none"> • 2008: 2.400.000 € • 2009: 3 millones €
3. Porcentaje de empresas transnacionales presentes en países en desarrollo que tiene establecidas políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	No aplicable
4. Porcentaje de organizaciones internacionales que tiene establecidas políticas y programas sobre el VIH en el lugar de trabajo	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 entre 3500 y 4500 nuevos diagnósticos de VIH y unas 1.300 personas mueren por esta causa.

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.

Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España a finales de 2008	
Nuevos diagnósticos de VIH (tasa por millón de habitantes)*	(85-100)
Mecanismo probable de infección de los nuevos diagnósticos de VIH*	
Usuarios de drogas por vía parenteral	10% - 15%
Hombres con prácticas homosexuales	35% - 40%
Riesgo heterosexual	40% - 45%
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
Muertes por VIH/sida desde el principio de la epidemia**	51000- 56.000

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

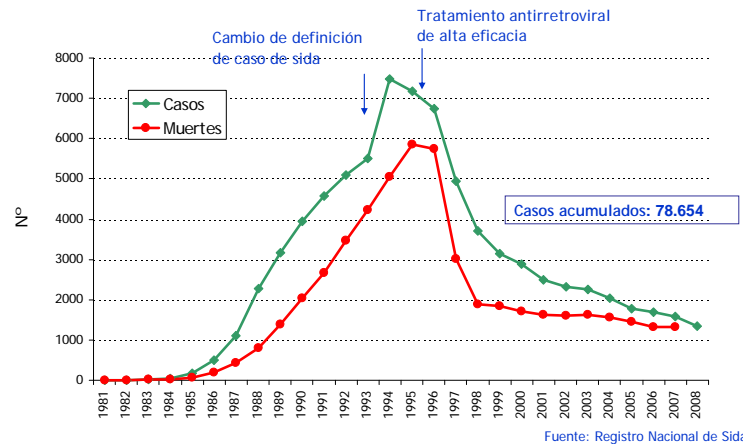
La coincidencia de las epidemias de VIH y uso parenteral de drogas ilegales en España en la década de los ochenta marcó el patrón de expansión del virus, que se introdujo sobre todo por compartir material de inyección. Dada la gran eficiencia de esta vía de transmisión del VIH, este se propagó rápidamente 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 desarrollados 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.

Actualmente se dispone de datos sobre nuevos diagnósticos de VIH en 12 CCAA (Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Melilla, Navarra, y País Vasco), lo que supone una población cubierta de 19.328.663 personas, es decir un 43,5% del total de la población española.

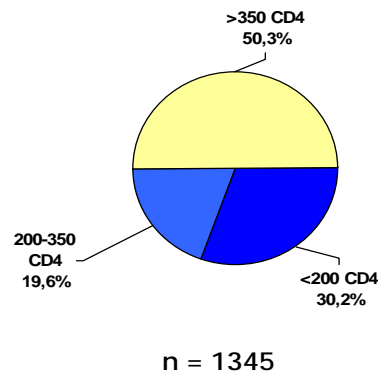
En el año 2008 se recogió información de 1.583 nuevos diagnósticos de VIH en estas 12 CCAA (tasa 81,90 por millón de habitantes). La mayoría de los casos fueron hombres (76,9%) y la edad media al diagnóstico fue de 37,3 años (DE:11,4). La categoría de transmisión heterosexual fue la más frecuente (41,8%), seguida por la de HSH (38,8%) y la de UDI, que sumó un 9,2%.

En el año 2008, el 37% 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 (16%), África Subsahariana (11,1%) y Europa occidental (4,9%). En el caso de las mujeres, más del 50% de los nuevos diagnósticos se produjo en originarias de otros países.



Un 30,2% 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 19,6% tenían entre 200 y 350 CD4. Sumando este porcentaje al anterior, podríamos decir que un 50% de los casos eran ya susceptibles de estar en tratamiento antirretroviral en el momento de ser diagnosticados.

NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH según nivel de CD4 al diagnóstico.
Datos de 12 CCAA*. Año 2008



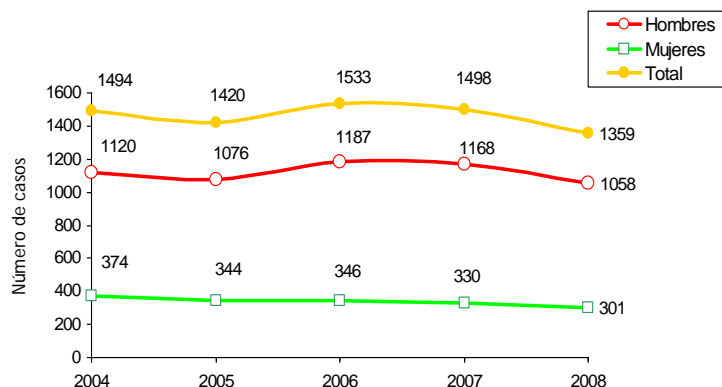
*Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Melilla, Navarra, y País Vasco

La tendencia en los nuevos diagnósticos de VIH entre 2004 y 2008 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. Sin embargo, la evolución de la incidencia global de nuevas infecciones, entre los años 2004 y 2008 refleja una tendencia a la estabilización en cifras altas de la incidencia de diagnóstico de nuevas infecciones.



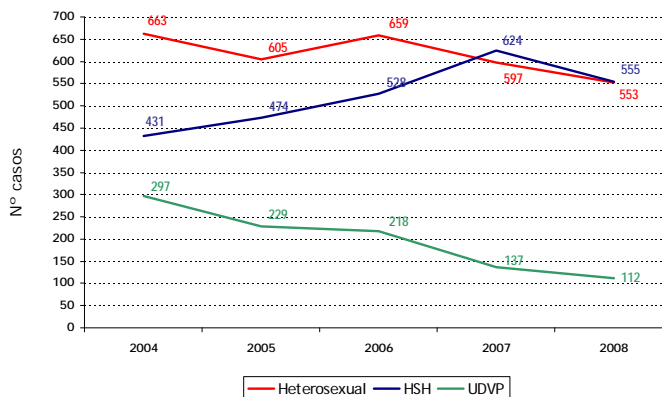
**NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH. DISTRIBUCIÓN POR
AÑO DE DIAGNÓSTICO. TOTAL Y SEGÚN SEXO**
Datos de 9 CCAA*. Periodo 2004-2008



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

Según categorías de transmisión, se observa un descenso progresivo en los UDI, una estabilización en los casos de transmisión heterosexual y un incremento en los HSH.

**NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH ANUALES POR CATEGORÍA
DE TRANSMISIÓN.**
Datos de 9 CCAA*. Periodo 2004-2008



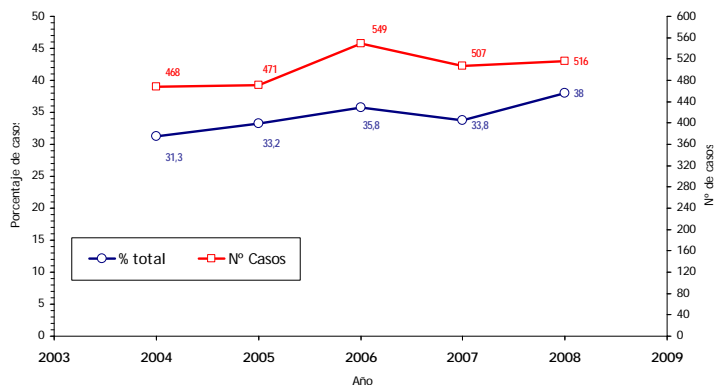
*Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra, y País Vasco

El porcentaje de personas cuyo país de origen es distinto de España es cada vez mayor, pasando de un 31,3% en 2004 a un 38% en 2008, aunque este aumento



porcentual no se acompaña de una elevación importante del número de casos, que ha pasado de 468 en 2004 a 516 en 2008.

**NÚMERO Y PORCENTAJE DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN
PERSONAS DE OTROS PAÍSES DE ORIGEN.
Datos de 9 CCAA*. Período 2004-2008**



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

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 eran 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 2008 se analizaron 140.529 muestras procedentes de 6 CCAA (Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana



y Galicia) con 179 resultados positivos. La cobertura del sistema se estimó en 89,4% del total de nacidos vivos en la población de estudio, y la prevalencia en el conjunto de comunidades fue de 1,27‰ (IC 95%: 1,09-1,47).

A lo largo del periodo 2003-2008 se analizaron en esas mismas comunidades 746.649 muestras con un total de 1.111 resultados positivos. La prevalencia global del período fue de 1,49‰ (IC 95%: 1,40-1,58), 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 19 centros de este tipo localizados en 18 ciudades españolas (Estudio EpiVIH). Durante el periodo 2000-2007, un total de 103.630 personas solicitaron asistencia por primera vez en uno de los centros participantes en el EpiVIH. La prevalencia de infección osciló entre un máximo de 3,2% en el año 2000 y un mínimo de 2,3% en el año 2002.

En el año 2007 la prevalencia en personas que se realizaban el test por primera vez en el centro correspondiente fue 2,4%. Aunque el número de usuarios de drogas por vía intravenosa disminuyó año a año, este sigue siendo el grupo más afectado por la infección (16,9%), seguido de los HSH sin otras exposiciones de riesgo (7,7%) y de mujeres y hombres heterosexuales (0,9% y 0,6%, respectivamente). Los extranjeros presentan una prevalencia mayor que los españoles (3,1% frente a 2,0%). Entre uno de los grupos más vulnerables, el de los HSH, la prevalencia de infección VIH en personas analizadas por primera vez presenta una tendencia ascendente entre los años 2000 y 2005 (desde 7,5% hasta 9,0%), estabilizándose en niveles altos en los años siguientes. Es de destacar la diferente afectación de los trabajadores sexuales, según se trate de mujeres o varones (0,7% frente a 19,0% en 2007).

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

Desde 1996 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 1996 y 2009, se desprende que la mayoría de pacientes son hombres (72,2% en 2009), cada vez de mayor edad y con alto porcentaje de desempleados (23,7% en 2009). Las personas de otros países aumentan a lo largo del periodo (4,1% en 2001 frente a 12,9% en 2009). 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 enfermos se diagnosticó hace años y el 83% en el año 2009 recibe tratamiento antirretroviral, la mayoría (93,7%) con TARGA. Es de destacar que una proporción amplia de pacientes tiene prácticas de riesgo, ya que el 28% no utilizó el preservativo en su última relación sexual y el 10% se inyectó drogas en el último mes.

Entre los diagnosticados recientemente, más del 77% se infectó por vía sexual, y más de la mitad se diagnosticó tardíamente de infección VIH.



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 2008 a diciembre 2009**, 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 la discriminación de las personas que viven con VIH**, incrementándose notablemente los recursos económicos destinados.

Cooperación al desarrollo

El peso de España en la cooperación al desarrollo se ha incrementado enormemente en los últimos años. 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 2009, España ha contribuido a ONUSIDA con la cantidad de 9,5 millones de euros, con cargo al Fondo de Ayuda al Desarrollo. Esta contribución se desglosa en 6,5 millones de euros al programa ONUSIDA y 3 millones de euros para apoyo a las actividades de la Iniciativa Internacional para la vacuna contra el sida (IAVI).

En relación con el Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, España a través del Ministerio de Asuntos Exteriores ha aportado 150 millones de euros en 2008 y 103 millones en 2009.



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 y Política Social en Latinoamérica, que concretamente en el período 2006-2009 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 publicidad financiadas por Organismos gubernamentales.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha destinado en 2009 4.152.000 euros a ayudas a ONG con destino a financiar programas de prevención y control del VIH y sida y 3.297.997 euros a ONG de sida para el desarrollo de programas de apoyo, casas de acogida y pisos de inserción social.

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 Asuntos Sociales.

La campaña del Día Mundial del Sida (DMS) 2009. "*Si me besas te transmitiré ternura. Detrás del sida hay mucha vida*" trata de abordar el estigma y la discriminación asociados al VIH ya que constituyen la principal causa de vulneración de derechos de las personas con VIH en España.

Se ha fomentado el tratamiento reparador de la lipoatrofia facial, que a través de un Real Decreto que regula la marcha del mismo a través de un uso tutelado, es accesible de forma gratuita a todas las personas con lipoatrofia facial asociada a VIH-sida que cumplen las condiciones y requisitos fijados en el correspondiente protocolo.

Finalmente, destacaríamos la **normalización en el acceso al trasplante de hígado de personas seropositivas**. A través de **FIPSE**, que es una fundación privada de carácter social y sanitario sin ánimo de lucro, creada hace ya diez años a iniciativa del Ministerio de Sanidad y Política Social y con el importante apoyo y compromiso solidario de las compañías farmacéuticas, se está financiando la cohorte española sobre trasplante hepático en pacientes con infección por 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.

Prevención

Durante el período de enero de 2008 a diciembre 2009 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).

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 2006-2007, 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.

Finalmente, señalar las áreas prioritarias de trabajo que se han venido desarrollando en el período 2008-2009 desde el Plan Nacional sobre el Sida:

- Prevención en usuarios de drogas por vía parenteral.
- Prevención en jóvenes en el contexto de promoción de la salud.
- Prevención de la transmisión sexual del VIH en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales.
- 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 al VIH/SIDA, 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 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 y Consumo y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP) 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, deshabituación, 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. El retraso en la respuesta de España y el costo en vidas y sufrimiento que conllevó también se está repitiendo en dichos países así como los argumentos de quienes se oponen al desarrollo de políticas de reducción de daños. 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. El desarrollo de estos programas, que ha incrementado fortísimamente la accesibilidad a material de inyección estéril, se ha producido de forma concomitante a un descenso continuado en el número de nuevos inyectores de cualquier sustancia. Por lo tanto, no parece que la facilidad de acceso a material de inyección deba seguirse necesariamente de un incremento en la inyección, con lo que existe otra evidencia experimental potente contra el argumento fundamental de quienes se han opuesto tradicionalmente a las políticas de reducción de daños.



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.

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

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.
- Hay datos que apuntan a un **incremento en las prácticas de riesgo de los hombres homosexuales**, en particular los jóvenes, como lo ha hecho también la incidencia de ITS, lo que requiere intensificar las acciones específicamente dirigidas a reforzar la adherencia a las medidas preventivas, incluyendo la reducción de riesgos en las prácticas sexuales.
- 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.
- Disponer de un **sistema de notificación de nuevas infecciones por VIH** de base poblacional, y a nivel de todo el Estado, que garantice la confidencialidad de los datos, es un elemento clave para mantener la sensibilidad social a la epidemia y orientar las políticas preventivas.

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 2009 existían registros de este tipo en 12 CCAA, que abarcan al 44% del total de población española. 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 poblaciones 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 y Rehabilitación 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.

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.

I) PROBLEMAS MAS RELEVANTES

- La principal dificultad que se debe señalar es la falta de un sistema nacional operativo de notificación de nuevos diagnósticos sobre VIH. Se espera que la implantación del sistema, que actualmente cubre al 44% de la población, finalice en 2012.
- 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.



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:

- Implantar el sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VIH en todo el territorio nacional
- Consolidar los sistemas de información sobre conductas de riesgo ya implantados y evaluar las nuevas necesidades en esta área.
- Consolidar y mejorar los sistemas de información sobre mortalidad, tanto relacionada como no relacionada con el VIH.
- Consolidar y mejorar los sistemas de información de base asistencial e identificar nuevas necesidades en esta área.

31 de marzo de 2010



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y
SANIDAD EXTERIOR

SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL
SOBRE EL SIDA