



INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL UNGASS ESPAÑA Enero de 2006 - Diciembre de 2007

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 Consumo y el Ministerio de Asuntos Exteriores, en la lucha y en el compromiso contra esta epidemia tanto a nivel nacional como internacional.

Además, en este liderazgo político debemos destacar el **papel de los actores no gubernamentales** en la prevención del VIH, y reconocer y evidenciar 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 el VIH.

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 ONG forman parte de la Comisión Nacional para el seguimiento de programas de prevención 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** dirigida por la Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de sanidad y Consumo a las principales organizaciones no gubernamentales (plataformas, redes y coordinadoras) que trabajan en la lucha contra el VIH-sida tanto a nivel nacional como internacional. En concreto se ha consultado a: Coordinadora Estatal sobre Sida (CESIDA), Plataforma Red 2002, Federación Estatal de Lesbianas, Gays Transexuales y Bisexuales (FELGTB), Coordinadora Gai-Lesbianas de Cataluña, Consejo de la Juventud de España, Cáritas española, Federación Estatal de Asociaciones de Personas Afectadas por las Drogas y el VIH (FAUDAS), Fundación del Movimiento Ciudadano Antisida (FUNSIDA), Tenemos Sida, Globalsida, Cruz Roja española, Médicos del Mundo.



La situación de la epidemia

Hasta el 30 de junio de 2007 se habían notificado en España un total acumulado de 74.885 casos de sida. La incidencia de sida alcanzó su cenit en 1994, coincidiendo con el cambio de definición de caso. La extensión de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) a partir de 1996, con el consiguiente impacto sobre la calidad de vida y la supervivencia de los infectados, provocó descensos acusados en la morbi-mortalidad por sida, que se han ralentizado en los últimos años. No obstante, aunque la incidencia de sida haya caído un 76% desde la extensión del TARGA nuestro país sigue presentando una de las tasas más altas entre los países de Europa occidental.

La epidemia de VIH en España vino marcada por el fuerte impacto de la transmisión por vía parenteral, a causa de la inyección de drogas ilegales en condiciones no higiénicas. Esta situación motivó una respuesta enérgica por parte de las autoridades sanitarias y de la sociedad civil, y la puesta en marcha de medidas para evitar la transmisión por esta vía. Por ello, aunque continúa siendo el mecanismo de infección más referido entre los casos de sida, actualmente ya no es la forma más común de transmisión del VIH, y su lugar ha sido ocupado por las relaciones sexuales sin protección. De hecho, en 2006 la vía el 58% de las mujeres diagnosticadas de sida se infectó por transmisión heterosexual; entre los hombres, el 24% se infectó por este mismo mecanismo y un 22% por relaciones homosexuales.

El análisis conjunto de la información sobre nuevos diagnósticos de VIH disponible en España, realizado por primera vez en 2007, confirma la importancia de la transmisión sexual del VIH. En más del 77% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados entre 2003-2006 en las CCAA de Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, La Rioja, Navarra y País Vasco 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 estables y los debidos a relaciones sexuales entre hombres muestran un ligero ascenso en los últimos años.

Por otra parte, 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 ITS e infecciones de transmisión sexual, sobre todo en varones homosexuales.

La prevención de la transmisión vertical ha sido un éxito en España con caídas drásticas en la incidencia desde 1996. En 2006 estos casos supusieron el 0,3% del total.

El aumento de la población inmigrante en España se ha correspondido con un incremento de las personas con VIH/sida originarias de otros países. Aunque muchas de estas personas vienen de países con mayor prevalencia de VIH que el nuestro y podrían haberse infectado allí, hay datos que muestran como algunas personas se han infectado ya en España. Esto subraya la gran vulnerabilidad del



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 estable, entre 120.000 y 150.000, como consecuencia de la evolución de las nuevas infecciones y de la mortalidad.

Sin embargo, y a pesar de que el diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH es gratuito y confidencial, hay un alto número de personas infectadas (más del 25% 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, un 38% presentaban menos de 200 CD4 en el momento de la detección del virus, lo que sugiere retraso diagnóstico. Estas personas no se beneficiaron del tratamiento, lo que repercutió negativamente en la evolución de la infección por VIH y en su calidad de vida. Por otro lado, pueden tener un papel relevante en la transmisión de la infección.

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 sigue estabilizada en niveles elevados; actualmente predomina la transmisión sexual, y desde hace unos años las personas originarias de otros países constituyen una parte apreciable, como consecuencia del aumento en la población inmigrante que se ha producido en España en los últimos años. Aunque globalmente tanto la incidencia de sida como la tasa de nuevos diagnósticos de VIH disminuyen, algunas sub-epidemias no presentan una evolución tan favorable. Así, los nuevos diagnósticos de VIH atribuidos a contacto heterosexual sin protección se mantienen estables y aumentan los asignados a contactos sexuales sin protección entre hombres. De hecho, en el global de las 8 Comunidades Autónomas o regiones en las que disponemos de información sobre nuevos diagnósticos de VIH, este es el mecanismo de transmisión más comúnmente referido como causante de la infección en los últimos 2 años tanto en las personas originarias de España como en los hombres de cualquier origen.

Estos hechos sitúan *el refuerzo de las estrategias de prevención de la transmisión sexual (homosexual y heterosexual), la diseminación de programas adecuados para personas de otros países y la disminución del retraso diagnóstico de la infección por VIH como los retos fundamentales para el futuro. Todo ello sin desdoro de las estrategias de reducción de daños para colectivos que siguen inyectándose sustancias nocivas ni del refuerzo de las actividades de prevención de la*



transmisión vertical, para que también se beneficien plenamente de ellas las mujeres embarazadas que viven en España originarias de otras regiones.

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 Consumo 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 minorías 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 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 periodo 2006-2007, 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. 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"> • 2005: Prevención (24.546.180 €), antirretrovirales (474.358.687 €), protección social (2.773.598 €), investigación (3.932.950 €) • 2006: Prevención (24.546.180 €), antirretrovirales (474.358.687 €), protección social (2.773.598 €), investigación (3.932.950 €) • 2007: sólo se dispone actualmente de información sobre el gasto en prevención desde la administración central (15.186.000 €). <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</p>



	escuelas...), del sistema de salud que no están incluidas en este total de gasto.
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 VIH avanzada que recibe terapia antirretrovírica	Datos no disponibles. Tanto la asistencia sanitaria como el tratamiento antirretroviral están garantizados por ley para todos los pacientes que lo necesitan, al margen del estado en que se encuentren y al margen de si son originarios del país o proceden de otro país. Se ha estimado que, incluyendo a las personas infectadas que desconocen que lo están, la cobertura del tratamiento con TARGA para aquellas personas que lo precisarían se sitúa en torno al 82%.
5. Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que recibe fármacos antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	Datos no disponibles. No existe un registro que recoja esta información de forma sistemática. La ley garantiza el cribado, profilaxis y tratamiento de las mujeres embarazadas seropositivas de forma totalmente gratuita. En estudios realizados, la cobertura del tratamiento profiláctico se sitúa en torno al 90%
6. Porcentaje de casos estimados de coinfección por el VIH y tuberculosis que recibió tratamiento para la tuberculosis y el VIH	Datos no disponibles. La ley garantiza el acceso al tratamiento universal antituberculoso y antirretrovírico.
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"> • Porcentaje de mujeres y hombres de 18 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses excluyendo las donaciones de sangre (2003): 25,7% (N=10.838) • Porcentaje de mujeres y de hombres de 18 a 49 años de edad que llegó a conocer los resultados la última vez que se hizo la prueba del VIH (2003): 96,4%. (N=10.838)
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 admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que conoce su estado serológico frente al VIH. <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">75,8%</div> <i>Método: Encuesta a consumidores admitidos a tratamiento en España 2004 (N=18933). La información de recoge sistemáticamente y se publica con periodicidad anual.</i> • 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="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">81%</div> <i>Método: Encuesta a hombres que tienen sexo con hombres reclutados en locales de ambiente gay y</i>



	<p>entre los socios de la Coordinadora Gai-lesbiana de Cataluña en 2004 (N=728). La información de recoge sistemáticamente cada 2 años desde 1995. Los datos de 2006 aún no están publicados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN <ul style="list-style-type: none"> 8c. Porcentaje de mujeres que ejercen la prostitución que acuden a clínicas de ITS que se habían realizado previamente la prueba. <p style="text-align: center;">66,5%</p> <p><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.</p>				
<p>9. Porcentaje de poblaciones más expuestas al que llegaron los programas de prevención del VIH</p>	<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). • Hombres que tienen sexo con hombres: 10 de las 19 regiones de España disponen de programas específicos. • Usuarios de drogas inyectadas: En 2005 hubo 106312 usuarios en programas de metadona, 22938 de ellos en centros penitenciarios. En 2006 hubo 17706 en prisiones, fuera aún no están disponibles. No se dispone de denominadores para estas cifras totales en el país. En cuanto a jeringuillas, se distribuyeron gratuitamente 4014255 en 2005 y 3232777 en 2006, incluyendo prisiones. 				
<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</p>	<p>Indicador no aplicable</p>				
<p>11. Porcentaje de escuelas que impartió educación sobre el VIH basada en las aptitudes para la vida durante el último curso académico</p>	<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" data-bbox="914 1356 1425 1591"> <tr> <td data-bbox="914 1356 1149 1472"> <p>Año 2005 (curso académico 2004-2005)</p> </td> <td data-bbox="1149 1356 1425 1472"> <p>Entre 5,8% y 95% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="914 1472 1149 1591"> <p>Año 2006 (curso académico 2005-2006)</p> </td> <td data-bbox="1149 1472 1425 1591"> <p>Entre 6,7% y 93% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones</p> </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, 2006 es el último año disponible. 2007 se encuentra en fase de recogida.</p> <p><i>Resultados:</i> La cobertura presenta grandes diferencias</p>	<p>Año 2005 (curso académico 2004-2005)</p>	<p>Entre 5,8% y 95% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones</p>	<p>Año 2006 (curso académico 2005-2006)</p>	<p>Entre 6,7% y 93% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones</p>
<p>Año 2005 (curso académico 2004-2005)</p>	<p>Entre 5,8% y 95% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones</p>				
<p>Año 2006 (curso académico 2005-2006)</p>	<p>Entre 6,7% y 93% de las escuelas, dependiendo de las provincias y regiones</p>				



	<i>interregionales, que se deben a que el sistema educativo es competencia de las autoridades regionales.</i>
Conocimiento y comportamiento	
12. Asistencia actual a la escuela entre huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*	En el curso 2005-2006, la tasa de escolarización a los 15 años de edad fue del 97,2% en niños y del 97,8% en niñas.
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"> • 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": 96,1% • "Porcentaje de hombres y mujeres de 18 a 29 años que cree que se puede transmitir por picadura de mosquito": 17,2% • Porcentaje de hombres y mujeres de 18 a 29 años que cree que se puede transmitir por beber del vaso de una persona infectada" : 8,3% <p>Año 2003. N=10.838</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	No hay datos disponibles en personas que ejercen la prostitución y en usuarios de drogas inyectadas. En hombres que tienen sexo con hombres: <ul style="list-style-type: none"> • Los hombres pueden protegerse a si mismos utilizando un condón correctamente cada vez que tienen sexo anal, tanto cuando penetran como si son penetrados: 98,5% • Es posible tener una infección de transmisión sexual y no mostrar signos ni síntomas: 87,3%
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	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: 15,1%. Año 2003. N=10.838
16. Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Porcentaje de mujeres y hombres de 18 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses (2003): 19,9%. (N=10.838)
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*	Los datos proporcionados corresponden al "Porcentaje de mujeres y hombres de 18 a 49 años de edad que usaron preservativo en la última relación sexual": 46,2%. Año 2003. N=10.838
18. Porcentaje de profesionales del sexo varones y mujeres que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Los datos proporcionados a continuación corresponden a la pregunta: "Porcentaje de mujeres/transsexuales/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).
19. Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	Porcentaje de hombres con prácticas homosexuales que han utilizado siempre preservativo en la penetración anal en los últimos 12 meses por tipo de pareja. Pareja estable 34%, base: Hombres que declaran haber tenido relaciones sexuales con parejas estables (n=364). Pareja ocasional



	66%, base: Hombres que declaran haber practicado la penetración anal con parejas masculinas ocasionales (n=575).
20. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Los datos proporcionados corresponden al "Porcentaje de consumidores de drogas inyectadas que utilizó siempre preservativo en sus relaciones sexuales con penetración en los últimos 6 meses, por tipo de pareja". Con pareja estable, 30%, base: CDI que tuvieron una pareja estable en los últimos 6 meses (n=72) . Con pareja ocasional, 58%, base: CDI que tuvieron parejas ocasionales en los últimos 6 meses (n=43).
21. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	La información proporcionada corresponde al "Porcentaje de consumidores de drogas inyectadas que se inyectó con jeringuillas usadas en los últimos 6 meses.", que fue 16%.
Impacto	
22. Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años infectados por el VIH*	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: 1,66 ‰ ((IC 95%:1,44-1,90)
23. Porcentaje de poblaciones más expuestas infectado por el VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Personas que ejercen la prostitución: 2,2% • Hombres que tienen sexo con hombres: 9,2% • Usuarios de drogas inyectadas: 17,8%
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

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	<p>Fondo Global de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2006: 65.891.250 \$ • 2007: 102.760.211 \$ <p>Onusida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2006: 2.217.368 € • 2007: 3,5 millones €
2. Cuantía de fondos públicos destinados a la investigación y desarrollo de vacunas y microbicidas para la prevención del VIH	<p>Iniciativa Internacional para la vacuna contra el sida (IAVI):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2007: 1 millón € <p>EDCT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2006: 1.000.000 €



	• 2007: 1.000.000 €
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. Más de una cuarta parte de las personas infectadas aún ignora que lo está. Cada año se producen entre 2.500 y 3.500 nuevas infecciones y unas 1.600 personas mueren con el VIH como causa principal.

La prevalencia estimada en España se sitúa en torno a 3 infecciones por mil habitantes, pero las tasas son mayores entre los hombres y los residentes en el medio urbano. 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, que pueden haberse producido por causas relacionadas o no con la infección por VIH.

Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España a finales de 2006	
Nuevos diagnósticos de VIH (tasa por millón de habitantes)*	60-85
Mecanismo probable de infección de los nuevos diagnósticos de VIH*	
Usuarios de drogas por vía parenteral	
Hombres con prácticas homosexuales	15% - 20%
Riesgo heterosexual	25% - 30%
	45% - 55%
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	
Hombres con prácticas homosexuales	40% - 45%
Riesgo heterosexual	15% - 25%
	25% - 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**	75.000 - 90.000
Muertes por VIH/sida desde el principio de la epidemia**	50.000 - 55.000

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

En España la coincidencia en el tiempo del inicio de la epidemia del VIH con la del uso parenteral de drogas ilegales marcó la expansión del virus en España y el patrón epidemiológico observado, ya que, en nuestro país, la introducción del virus se produjo sobre todo por el uso compartido de material de inyección y, en menor medida, en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

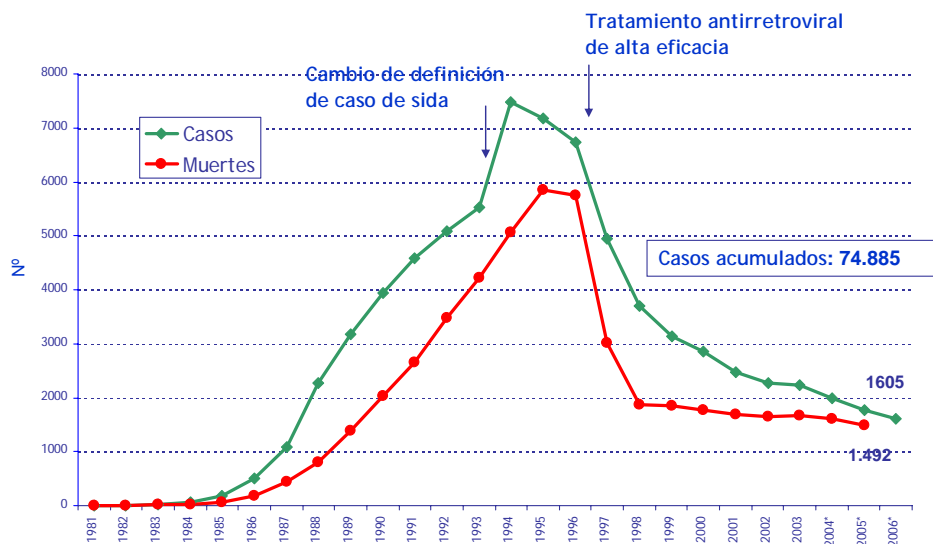
Al ser la parenteral una vía muy eficiente de transmisión, el VIH se propagó rápidamente entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI) y esto repercutió también en la transmisión perinatal y heterosexual. Al inicio de la década de 1990



se estimaba que ya se habían producido más de 100.000 infecciones en España. En esta época, las dos terceras partes de los casos de sida eran UDI, en contraste con lo que sucedía en la mayoría de países desarrollados.

La respuesta de las autoridades sanitarias y la sociedad civil ante la epidemia logró mejoras en el control de la transmisión, que a partir de 1993-1994 comenzaron a reflejarse en los datos de nuevos diagnósticos de VIH-sida y de los sistemas de vigilancia centinela. Por otra parte, la expansión del TARGA en 1996-1997, su universalidad y gratuidad en España, produjo una mejoría en la situación inmunológica de las personas con VIH; en consecuencia, la morbi-mortalidad por sida disminuyó enormemente, mejorando la calidad de vida de las personas afectadas.

INCIDENCIA DE SIDA EN ESPAÑA CORREGIDA POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de Junio de 2007



Fuente: Registro Nacional de Sida

* 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, en los últimos años el patrón epidemiológico de transmisión del VIH ha cambiado: la transmisión parenteral ha dejado de ser la predominante para ser sustituida por la sexual, tanto homosexual como heterosexual.



En España la epidemia de sida sigue mostrando un curso favorable, como puede observarse según los últimos datos procedentes del registro nacional de **CASOS DE SIDA**, referentes a los casos de sida notificados en el año 2006:

En el 2006 se diagnosticaron en España 1.605 casos de sida. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados de sida ha experimentado un progresivo declive, de forma que los notificados en 2006 suponen un descenso del 76% respecto a los notificados en 1996, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad.

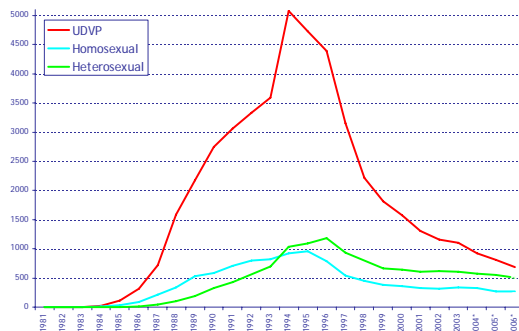
Con respecto al 2005, en el año 2006 se evidenció un descenso del 8,4% en el número de casos entre los hombres y un porcentaje algo mayor, 12,3%, entre las mujeres. Aunque el grupo de usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) sigue siendo el más frecuente, se mantiene la tendencia descendente iniciada años atrás puesto que se observa una disminución en el número de casos diagnosticados del 15%. También bajaron en relación al mismo periodo los casos atribuidos a relaciones sexuales no protegidas en el caso de la transmisión heterosexual, con una disminución del 7,6%, permaneciendo estables en el de las relaciones sexuales entre hombres.

El 77,4% de los diagnósticos de sida recayeron en hombres, y la edad media al diagnóstico se mantiene en torno a los 40 años. La proporción de casos pediátricos (menores de 13 años) se sitúa en el 0,4%. El 43% de las personas que han desarrollado sida en 2006 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas, lo que afectó al 45,9% de los hombres y al 32,9% de las mujeres. Las personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 31,9% de los casos y, en números absolutos, continúan siendo más frecuentes en hombres que en mujeres. Sin embargo, proporcionalmente, entre las mujeres esta categoría adquiere especial relevancia, pues representa el 57,7% de los diagnósticos de sida notificados en 2006. La tercera vía de transmisión más frecuente han sido las relaciones homosexuales entre hombres, que supone el 16,9% de todos los casos y el 21,8% de los que afectan a hombres



CASOS NUEVOS DE SIDA ANUALES POR MECANISMOS DE TRANSMISIÓN CORREGIDOS POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN

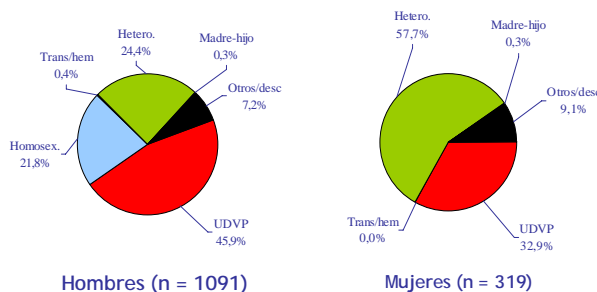
Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de Junio de 2007



Fuente: Registro Nacional de Sida

CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN ESPAÑA EN 2006 DISTRIBUCIÓN DE MECANISMOS DE TRANSMISIÓN POR SEXO.

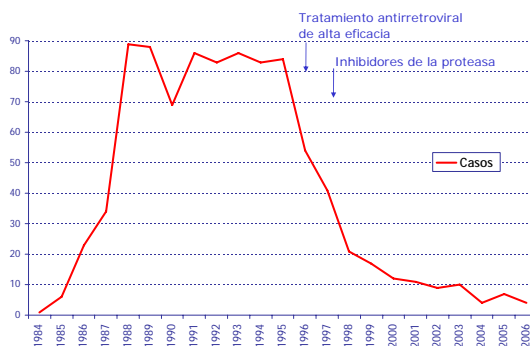
Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de Junio de 2007



Fuente: Registro Nacional de Sida

CASOS DE SIDA DE TRANSMISIÓN MADRE-HIJO EN ESPAÑA CORREGIDOS POR RETRASO EN LA NOTIFICACIÓN.

Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de Junio de 2007



Fuente: Registro Nacional de Sida

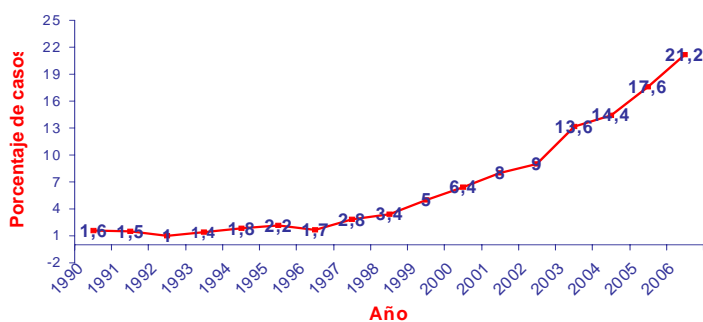


Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 74.885 casos de sida.

Hasta 1997 la proporción de casos de sida en **personas cuyo país de origen no era España** estuvo por debajo del 3%. Pero a partir de 1998 esta cifra subió progresivamente hasta alcanzar el 21,2% en 2006. En este último año el 39,5% de estos casos proceden de África, el 37% de Latinoamérica y el 20,7% del continente europeo

POBLACIÓN INMIGRANTE

Porcentaje de casos de sida en personas con otros países de origen



En el periodo 2003-2006 la tuberculosis de cualquier localización siguió siendo la enfermedad indicativa de sida más frecuente, afectando al 28,8% de los casos. Le sigue la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (22,6%) y la candidiasis esofágica (14,2%).

A pesar del marcado descenso de la incidencia de sida en España desde la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales, el nuestro sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de sida en Europa Occidental. Para mantener la tendencia decreciente, además de reforzar las medidas de prevención, es necesario potenciar las intervenciones destinadas a promover la prueba del VIH, el consejo y el diagnóstico precoz de la infección en personas que hayan tenido prácticas de riesgo.

Nuevas infecciones

En estos momentos disponemos de datos sobre nuevas infecciones, procedentes de los registros de 8 regiones, es decir, referidos a una población de 13.831.808 personas (32,2% del total de la población española). A nivel nacional todavía se carece de datos sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH. Con la intención de avanzar en el proceso de obtención de esta información vital para la prevención, en el año 2007 se ha procedido por primera vez al análisis conjunto de los datos aportados por los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por el VIH de las comunidades autónomas (CCAA) de Baleares, Canarias, Cataluña,

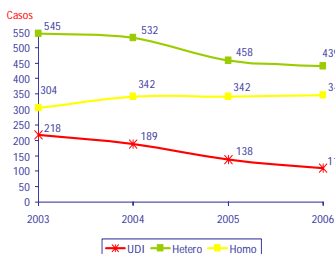


Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta. En conjunto, estas 8 CCAA tienen una población de 14.017.819 personas, es decir un 32% del total de la población española. El período de estudio fue el comprendido entre los años 2003 y 2006. Se notificaron en total 4.280 nuevos diagnósticos de infección por VIH: 1.150 en 2003, 1.143 en 2004, 1018 en 2005 y 969 en 2006. Esto representa unas tasas anuales de nuevos diagnósticos por millón de habitantes de 85,76 en 2003, 83,85 en 2004, 73,60 en 2005 y 69,13 en 2006, siendo la tasa media del período estudiado 77,97 nuevos diagnósticos de infección por VIH por millón de habitantes. Los hombres suponen el 75,3 % de los nuevos diagnósticos de VIH. La categoría de transmisión heterosexual fue la más frecuente (46,1%), seguida por la de hombres homosexuales/bisexuales (31,2%) y la de usuarios de drogas por vía parenteral, que sumó un 15,3%. En el período estudiado, el 34,3% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras el origen español, los más frecuentes fueron el latinoamericano (13,3%), el subsahariano (12,2%), y el de Europa occidental (4,4%). Un 38,2% 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 19,1% tenían entre 200 y 350 CD4. Sumando este porcentaje al anterior, podríamos decir que un 57,3% de los casos eran ya susceptibles de estar en tratamiento antirretroviral al ser diagnosticados

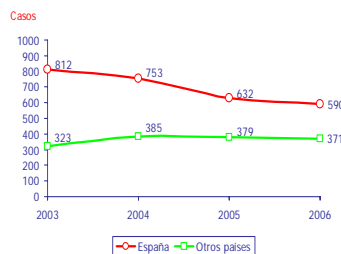
NUEVOS DIAGNOSTICOS DE VIH.

Datos de 8 CCAA*, 32% de la población española (2003-2006)

SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN



SEGÚN PAIS DE ORIGEN



* Datos de Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Navarra, País Vasco y La Rioja.

Fuente: Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de las CCAA. Actualización año 2007

En resumen, se puede concluir que, globalmente, la transmisión del VIH ha disminuido notablemente en nuestro país hasta situarse en niveles similares a los de otros países del entorno de la Unión Europea.; produciéndose 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 período 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 2006 se analizaron 123.193 muestras procedentes de 6 CCAA con 205 resultados positivos. La cobertura del sistema se estimó en 85% del total de nacidos vivos en la población de estudio, y la prevalencia en el conjunto de comunidades fue de 1,66‰ (IC 95%:1,44-1,90).
A lo largo del periodo 2003-2006 se analizaron en esas mismas comunidades 474.539 muestras con un total de 755 resultados positivos. La prevalencia global del período fue de 1,59‰ (IC 95%:1,47-1,70), sin que se encontrara una tendencia significativa.
- 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 19 ciudades españolas (Estudio EpiVIH). Durante el periodo 2000-2006, un total de 90.452 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 2006 la prevalencia global fue 2,8%. Aunque el número de usuarios de drogas por vía intravenosa disminuyó año a año, este sigue siendo el grupo más afectado por la infección (30%), seguido de los HSH (9%) y las mujeres heterosexuales (0,9%). Los extranjeros presentan una prevalencia mayor que los españoles (3,5% frente a 2,4%). De entre los grupos más vulnerables, el único que presenta una tendencia ascendente de la infección es el de los HSH (7,8% en 2000 frente a 9% en 2006). Es de destacar la diferencia en la afectación de los trabajadores sexuales, según se trate de mujeres o varones (0,8% frente a 23,1% en 2006); además, en los trabajadores sexuales varones, se aprecia una marcada tendencia creciente a lo largo del periodo (13,4% en 2000 frente a 23,1% en 2006).

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 2006, se desprende que la mayoría de pacientes son hombres (69% en 2006), cada vez más viejos y con alto porcentaje de desempleados (23% en 2006). Las personas de otros países aumentan a lo largo



del periodo (4% en 2001 frente a 8% en 2006). El grupo más predominante es el de UDI/Ex UDI, pero aumenta la proporción que se infectó por vía sexual. La mayoría de los enfermos se diagnosticó hace años y el 77,5% recibe tratamiento antirretroviral, la mayoría (97%) con TARGA. Es de destacar que una proporción amplia de pacientes tiene prácticas de riesgo, ya que el 30% no utilizó el preservativo en su última relación sexual y el 12% se inyectó drogas en el último mes.

Entre los diagnosticados recientemente, más del 75% 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 nuevo **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** el pasado mes de diciembre.

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 2006 a diciembre 2007**, 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 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. Un primer avance en la consecución de esta política de Estado fue la aprobación del Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, que establece los objetivos, criterios, prioridades sectoriales y geográficas de la cooperación al desarrollo. Recoge el compromiso del Gobierno de duplicar la ayuda oficial al desarrollo (AOD) en 2008 y alcanzar el 0,7% de la Renta Nacional Bruta en un futuro próximo, tal como reitera la Declaración de Compromiso. 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 2007, España ha contribuido a ONUSIDA con la cantidad de 4,5 millones de euros, con cargo al Fondo de Ayuda al Desarrollo. Esta contribución se desglosa en 3,5 millones de euros al programa ONUSIDA y 1 millón de euros para apoyo a las actividades de la Iniciativa Internacional para la vacuna contra el sida (IAVI).



Continuando con la actividad de investigación debemos señalar el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo a la Plataforma Europea de Ensayos Clínicos (EDCT), aportándose la cantidad de 1 millón de euros/anualmente en los años 2005, 2006 y 2007.

En relación con el Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, España incrementó de forma importante sus aportaciones para el bienio 2006-2007. A través del Ministerio de Asuntos Exteriores se han aportado 63,9 millones de dólares en 2006 y 100 millones en 2007. Además, el Gobierno español ha comprometido 600 millones de dólares para el periodo 2008-2010.

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 Consumo en Latinoamérica, que concretamente en el período 2006-7 se ha desarrollado en Ecuador, Honduras, Nicaragua y El Salvador.

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, se ha incrementado de forma importante el presupuesto destinado por el Ministerio de Sanidad a ayudas a ONG con destino a financiar programas de prevención y control del VIH y sida, pasando de 1.603.830 euros en el 2005, a 3.152.000 euros en el 2006 y 4.152.000 euros en el 2007. Simultáneamente debemos destacar los más de 2.800.000 euros que anualmente destina el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 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.

Se ha fomentado el tratamiento reparador de la lipoatrofia facial, aunque actualmente nos es una prestación contemplada en todas las Comunidades Autónomas.

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 nueve



años a iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo y con el importante apoyo y compromiso solidario de siete compañías farmacéuticas, se está financiando la cohorte española sobre trasplante hepático en pacientes con infección por VIH (2005-2008). Los 120 trasplantes hepáticos realizados en España en personas VIH positivas suponen un paso importante en la defensa de los derechos y en la lucha contra la discriminación, y sitúan a España en la vanguardia en el tema de trasplantes hepáticos en pacientes VIH.

En relación con nuestro **Entorno político**, durante el período de enero de 2006 a diciembre 2007, en España se han aprobado distintas leyes que contribuyen a la protección de los derechos humanos y libertades fundamentales, facilitando y contribuyendo a la prevención del VIH. Concretamente: Ley de Matrimonios homosexuales, Ley de identidad de género (transexuales) y Ley de igualdad de género

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.

Según la información actualmente disponible, en España, estimamos:

- ◆ Número de personas en tratamiento: 77.500 (71.877-83.226)
- ◆ Coste en antirretrovirales por persona y año: 7500 euros
- ◆ Gasto anual en ARV en 2006 en el SNS: 581 millones euros (539-624 millones euros)

Prevención

Durante el período de enero de 2006 a diciembre 2007 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 la áreas prioritarias de trabajo que se han venido desarrollando en el período 2006-2007 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. En las prisiones, dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, la prevalencia de VIH ha descendido desde el 23% en 1996 hasta el 10% en 2005. A la hora de interpretar estos datos hay que tener en cuenta que en 1990 la proporción de extranjeros no alcanzaba el 5%, mientras que actualmente son más del 30% de la población penitenciaria, y que este grupo tiene prevalencias menores, tanto para VIH como para VHC. No obstante, aún excluyendo a los extranjeros, la disminución en la prevalencia es manifiesta.

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. Estos programas, han sido implantados por todo el país, con excepción de las salas de inyección que



actualmente existen únicamente en tres grandes ciudades: Madrid, Barcelona y Bilbao. 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.

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

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 comunidad. 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. Desafortunadamente, el rechazo de algún sector de organizaciones no gubernamentales, que ha llevado a requerir un pronunciamiento por parte de los Tribunales de Justicia, ha dificultado la operatividad del sistema en todo el



territorio nacional. No obstante, hay 8 sistemas de notificación de este tipo implantados, que abarcan casi un tercio 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, excepto en el caso de los HSH en los que en los últimos años se aprecia una tendencia a la estabilización de la incidencia e incluso un ligero incremento.

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 ETS y de diagnóstico de VIH.
- Recopilación de los resultados de las pruebas de VIH obligatorias realizados en las donaciones de sangre.
- Estudio de seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en recién nacidos.
- 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 realizan 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.

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. Se 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.

Existe además un sistema de información microbiológica (SIM) mediante el que se obtiene información sobre el número de aislamientos de *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Herpes simple, tipos 1 y 2*, que se realizan en una red de laboratorios centinela 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 la circunstancia de que, por compartir la vía de transmisión, las ITS son un indicador precoz de que se están produciendo conductas de riesgo que podrían llevar a la transmisión del VIH. De hecho, en los últimos años se ha detectado un incremento de los casos recogidos por los sistemas de vigilancia epidemiológica y microbiológica, lo que hace temer un aumento futuro de la infección por VIH.



c) Vigilancia centinela de la gonococia y la sífilis

Mediante este sistema se recoge información en una red centinela de centros de diagnóstico y tratamiento de ITS. En particular, se obtienen datos sociodemográficos y de conductas de riesgo en la población que solicita asistencia, e información más detallada sobre los casos diagnosticados de gonococia y sífilis. Permite determinar la frecuencia de gonococia y sífilis en distintas poblaciones de interés, evaluar su evolución en el tiempo y caracterizar y establecer la relación entre estas enfermedades y el VIH.

3) Sistemas de información de base asistencial

a) Encuesta Hospitalaria

Desde 1995 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 las altas que se producen en los hospitales públicos, 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, debido al rechazo de algunos sectores representativos de organizaciones no gubernamentales, situación que ha llevado a requerir un pronunciamiento por parte de los Tribunales de Justicia.
- 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 nuevo Plan Multisectorial y son las siguientes:

- Mantener y reforzar los sistemas de vigilancia ya implantados
- Implantar un 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 de base asistencial e identificar nuevas necesidades en esta área.

28 de enero de 2008



ANEXO 1. Proceso de consulta y preparación del informe nacional sobre los progresos realizados en la vigilancia del seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA

- 1) ¿Qué instituciones o entidades tenían la responsabilidad de rellenar los formularios de los indicadores?
- | | | |
|------------------------|-------------|----|
| a) CNS o equivalente | Si | No |
| b) PNS | Si X | No |
| c) Otras | Si | No |
| (sírvanse especificar) | | |
- 2) Con aportaciones de
- Ministerios:
- | | | |
|------------------------|-------------|----|
| Educación | Si | No |
| Salud | Si X | No |
| Trabajo | Si | No |
| Relaciones Exteriores | Si X | No |
| Otros | Si | No |
| (sírvanse especificar) | | |
- | | | |
|-------------------------------------|-------------|----|
| Organizaciones de la sociedad civil | Si X | No |
| Personas que viven con el VIH | Si X | No |
| Sector privado | Si | No |
| Organización de las Naciones Unidas | Si | No |
| Organizaciones bilaterales | Si | No |
| ONG internacionales | Si X | No |
| Otras | Si | No |
| (sírvanse especificar) | | |
- 3) ¿Se debatió el informe en un gran foro? Si **No X**
- 4) ¿Se almacenan centralmente los resultados de la encuesta? **Si X** No
- 5) ¿Están disponibles los datos para consulta pública? **Si X** No
- 6) ¿Quién es el responsable de la presentación del informe y del seguimiento en caso de que haya preguntas sobre el Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS?

Nombre/cargo: Teresa Robledo de Dios. Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida

Fecha: 29.1.2008

Firma:

Sírvanse proporcionar información completa de contacto:

Dirección: Paseo del Prado 18-20. Madrid 28071

Correo electrónico: plansida@msc.es

Teléfono: 00 34.91.5961992/ 4034



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL
SOBRE EL SIDA