

PLAN ANDALUZ FRENTA AL VIH/SIDA Y OTRAS ITS

2010-2015



ANDALUCÍA. Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS (2010-2015)

Plan andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS 2010-2015 / [autoría, Manuel Rodríguez Rodríguez, Carmen Zamora Fuentes]. --[Sevilla] : Consejería de Salud, [2010] 178 p. : gráf., tablas ; 21 x 21 cm

1. Infecciones por VIH-Prevención y control

2. Enfermedades de transmisión sexual

3. Planes y programas de salud 4. Andalucía

I. Rodríguez Rodríguez, Manuel

II. Zamora Fuentes, Carmen

III. Andalucía. Consejería de Salud I

V. Título WC 503.6

AUTORÍA

Manuel Rodríguez Rodríguez

Carmen Zamora Fuentes

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

ISBN: (Pendiente)

Depósito Legal: SE-530-2010

Diseño y maquetación: Calidoscopio . Comunicación y Eventos S.L.

Impresión: Diseño Sur, Soc. Coop. And.

Índice

1.	Presentación.	3
2.	Acrónimos y Abreviaturas.	7
3.	Principios Rectores.	9
4.	Estructura y Metodología de Trabajo.	13
5.	Análisis de Situación.	17
6.	Estrategias.	99
	Estrategia 1. Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en población general	99
	Estrategia 2. Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en subgrupos que requieren intervenciones específicas. (HSH, personas que ejercen prostitución, personas inmigradas, personas privadas de libertad)	103
	Estrategia 3. Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en jóvenes y adolescentes.	110
	Estrategia 4. Mejora de la atención sanitaria y el diagnóstico precoz del VIH.	113
	Estrategia 5. Mejora de la atención sanitaria y el diagnóstico precoz de ITS.	118
	Estrategia 6. Disminución del estigma y la discriminación social.	121
	Estrategia 7. Prevención positiva, calidad de vida y promoción de salud en personas con VIH.	124
	Estrategia 8. Responsabilidad compartida y alianzas estratégicas.	132
	Estrategia 9. Fomento de la investigación, formación y vigilancia epidemiológica.	140
7.	Evaluación.	151
8.	Bibliografía.	159
9.	Relación de Tablas y Gráficas.	167
10.	Relación de Participantes.	173

2. Acrónimos y abreviaturas

CAES	Casas de acogida para personas con sida
CMBD	Conjunto Mínimo Básicos de Datos
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
EDO	Enfermedad de Declaración Obligatoria.
HETERO	Transmisión heterosexual
HOMO	Transmisión homosexual
HSH	Hombres que practican sexo con hombre
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI VIH	Proceso Asistencial Integrado VIH/sida
PASIDA	Plan Andaluz frente a los VIH/sida y otras ITS
PEP	Persona que ejerce prostitución
SAEI	Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas
UDVP	Usuario de droga por vía parenteral
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
SVEA	Sistema de Vigilancia epidemiológica de Andalucía
VHS	Virus Herpes
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

3. Principios Rectores

El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS se rige por los siguientes principios: equidad, calidad, eficiencia, acción intersectorial, gobernanza, complementariedad y participación.

3.1. Equidad

El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS incrementará los esfuerzos hacia quienes tengan mayores necesidades y adaptará las formas de intervenir para facilitar oferta y el acceso al servicio a quienes más lo necesiten en función de sus peculiaridades de cultura, sexo, funcionalidad, situación económica, social o geográfica.

Dentro de este apartado se destaca la relevancia de la **Perspectiva de Género**:

Por género se entiende la condición social (por oposición a la condición biológica) que establece las pautas de comportamiento y actitudes consideradas como apropiadas y diferentes para hombres y mujeres y que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura.

Así, el análisis del género (como elemento constitutivo y generador de desigualdad) supone estudiar las diferencias existentes en las condiciones, necesidades, prioridades, índices de participación, acceso a los recursos, etc. entre hombres y mujeres, debidas a los roles tradicionalmente asignados. A partir de aquí, todas las medidas que se proponen en este Plan han de tener en cuenta sus efectos en las situaciones respectivas de unas y otros. No tener en cuenta la existencia de brechas de género (diferencias, también de oportunidades, en la situación de partida) conllevaría poner en marcha medidas que perpetúan la desigualdad (o, incluso, la aumentan).

Una preocupación de la Consejería de Salud es la Incorporación de la Perspectiva de Género en todos los Planes que desarrolla. Por ello, se ha llevado a cabo la participación desde la fase de diseño y elaboración, de expertas y expertos en visibilizar las carencias en materia de género y aportar sugerencias para disminuir desigualdades. Por todo ello, para la elaboración de este Plan se ha contado con la participación de nueve personas expertas en Enfoque de Género que mediante su participación activa en cada una de las estrategias seleccionadas han realizado propuestas con la finalidad de:

- Incorporar el Enfoque de Género en el Plan Andaluz de sida.
- Proponer herramientas para el cambio de actitudes relacionadas con condicionantes de género
- Fomentar la visibilidad de las mujeres.

El resultado de su trabajo se puede resumir en la concreción de los siguientes objetivos que este Plan asume como parte

esencial del mismo:

1. Asegurar la incorporación de la perspectiva de género de manera transversal en todas las iniciativas propuestas en este Plan Andaluz de sida e ITS.
2. Avanzar en la superación de los sesgos de género para abordar desde la igualdad la formación, la investigación y los modelos de promoción de la salud y de prevención y atención sanitaria a los problemas de salud abordados por este Plan.
3. Disminuir las desigualdades que, por factores ligados al género, se producen en el acceso a los recursos y servicios.
4. Disponer de unos sistemas de información y de evaluación que permitan al Plan la identificación de desigualdades e inequidades por razón de género y la planificación de acciones para aminorarlas.
5. Proveer al PASIDA de un código de comunicación inclusivo, igualitario, no sexista y respetuoso con las diferencias.

3.2. Calidad

El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS fomentará de forma activa que la práctica profesional, la formación, la tecnología disponible y el trato dispensado a las personas, obedezcan a los estándares de calidad vigentes en los países de nuestro entorno socioeconómico.

3.3. Eficiencia

El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS tendrá en cuenta en el diseño y la gestión de sus intervenciones la racionalización en la asignación y consumo de recursos, seleccionando, en lo posible acciones que hayan demostrado una mayor efectividad y el mejor coste-efectividad.

3.4. Acción intersectorial

La mayor parte de las intervenciones sobre los factores determinantes de los problemas de salud, así como aquellas destinadas a garantizar la equidad, requieren de la actuación conjunta de otros sectores junto al sector salud. El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS incorporará en las fases de diseño, desarrollo y evaluación a los sectores que puedan estar involucrados en el abordaje de la infección por VIH/sida y otras ITS. El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS promueve, además alianzas con otras instituciones y entidades.

3.5. Gobernanza y descentralización

El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS propone acercar el nivel de decisión lo más posible al ámbito local. Los diferentes niveles de decisión del sistema sanitario, como son los SSCC de la Consejería de Salud y el SAS, las Delegaciones provinciales de la Consejería, los Distritos Sanitarios y los Hospitales, constituyen el eje vertical de gobernanza de el Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS y entre ellos se distribuirá la asignación de funciones y responsabilidades en la ejecución y evaluación del Plan para que la descentralización sea real y se acerque la toma de decisiones a la ciudadanía y al colectivo profesional. Del mismo modo, a cada nivel vertical de decisión le corresponden un conjunto de actores de otros sectores con los que debe actuar de forma coordinada y complementaria, este es el eje horizontal de gobernanza y será tenido en consideración por el Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS para que cada uno asuma sus cometidos y responsabilidades en el logro de los objetivos.

3.6. Complementariedad y sinergia

Las actuaciones del III Plan Andaluz de Salud y las de cada uno de los Planes Integrales y estrategias de la Consejería de Salud y de otras instituciones y el Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS son complementarias o sinérgicas. El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS ha tomado en consideración esta realidad para evitar el fraccionamiento o la duplicación ineficiente de las actuaciones, y para aprovechar los logros de unas en beneficio de otras y, por tanto, de los objetivos de salud que son comunes al conjunto de las intervenciones en la lucha contra el sida y las ITS.

3.7. Participación

La ciudadanía es el centro del sistema de salud y sus profesionales son su recurso más valioso. El Plan Andaluz frente al VIH/sida e ITS creará las condiciones y los mecanismos necesarios para que tanto los colectivos profesionales como el conjunto de la sociedad, sea a título individual como asociativo, puedan expresar sus puntos de vista y participar tanto en el diseño como en la ejecución y en la evaluación de éste Plan.

4. Estructura y Metodología de Trabajo

Para la elaboración del nuevo Plan Andaluz de VIH/sida y otras ITS se ha partido del análisis de situación del VIH/sida y de las ITS en Andalucía y de las propuestas aportadas por 109 personas profesionales de diferentes ámbitos relacionadas, de una u otra forma, con la temática que nos ocupa.

Como punto de partida, se han planteado nueve estrategias generales que se consideran las líneas de acción claves para el desarrollo e implantación del presente plan y que siguen el enfoque establecido en el Plan Multisectorial frente a la Infección por el VIH y el sida del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Para cada una de estas estrategias se ha constituido un grupo de trabajo independiente, a sus integrantes se les ha solicitado que elaboren una propuesta consensuada de los objetivos específicos de cada estrategia y las actividades necesarias para alcanzarlos.

En la tabla adjunta, se muestran los datos las personas participantes, desagregados por sexo y por ámbito en el que desarrollan su trabajo habitual.

A quienes han compuesto los grupos, se les ha facilitado el listado de principios rectores de éste Plan y se les ha indicado que en sus propuestas tomen en especial consideración los siguientes criterios:

1. Búsqueda de la equidad
2. Perspectiva de género
3. Viabilidad financiera
4. Transversalidad
5. Participación social
6. Calidad técnica
7. Evaluabilidad
8. Acción Intersectorial
9. Interculturalidad

En la composición de los grupos de trabajo se han tenido en cuenta, además de los conocimientos y la experiencia personal o profesional de las personas participantes, la aportación de puntos de vistas complementarios, en un ámbito multidisciplinario. Este diseño de trabajo por grupos ha permitido que el PASIDA incorpore diferentes sensibilidades desde procedencias y ámbitos distintos.

De la confluencia del trabajo de todos los grupos se configuró un primer borrador de propuestas para el nuevo Plan, a partir del cual, el comité editor se ha encargado de elaborar un documento provisional de estrategias que se ha remitido a las instituciones y entidades ciudadanas involucradas para recabar sus opiniones. A partir de las aportaciones al documento provisional se ha elaborado el documento definitivo.

Tabla 0: Perfil de las personas participantes en la elaboración del PASIDA

ESTRATEGIA	Ámbito	Sexo		Participantes
		M	V	
E1. Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en población general.	Inst. Pública: 6 ONGs: 4 Otros**: 2	9	3	12
E2. Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en subgrupo que requieren intervenciones específicas.	Inst. Pública: 5 ONGs: 11 Otros**: 0	8	8	16
E3. Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en jóvenes y adolescentes.	Inst. Pública: 7 ONGs: 6 Otros**: 1	12	2	14
E4. Mejora de la atención sanitaria y el diagnostico precoz del VIH.	Inst. Pública: 5 ONGs: 2 Otros**: 2	6	3	9
E5. Mejora sanitaria y el diagnostico precoz de ITS.	Inst. Pública: 7 ONGs: 2 Otros**: 0	6	3	9
E6. Disminución del estigma y la discriminación social.	Inst. Pública: 0 ONGs: 8 Otros**: 2	5	5	10
E7. Prevención positiva, calidad de vida y promoción de salud en personas con VIH.	Inst. Pública: 4 ONGs: 8 Otros**: 0	8	4	12
E8. Responsabilidad compartida y alianzas estratégicas.	Inst. Pública: 5 ONGs: 2 Otros**: 3	5	5	10
E9. Fomento de la investigación, formación y vigilancia epidemiológica.	Inst. Pública: 4 ONGs: 3 Otros**: 1	5	3	8
GRUPO GÉNERO Y VIH*	Inst. Pública: 8 ONGs: 1 Otros**: 0	7	2	9
TOTALES	Inst. Pública: 51 ONGs: 47 Otros**: 11	71	38	109

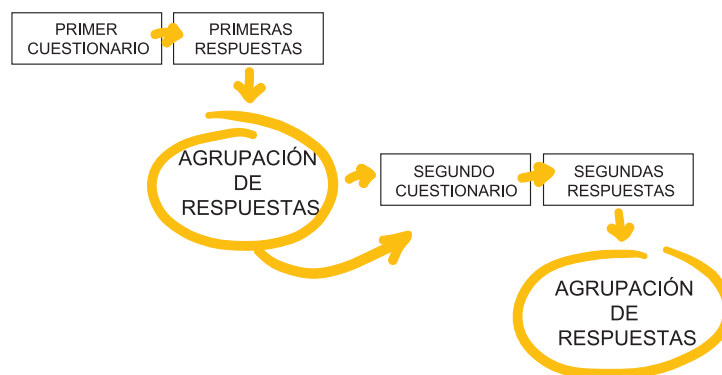
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

*Cada persona del grupo de Género y VIH ha desarrollado su trabajo como integrante de una de las estrategias descritas.

**El epígrafe otros incluye a personas que pertenecen a : Medios de comunicación, Sindicatos y Sociedades Científicas

La metodología de trabajo se ha basado en la integración de dos métodos o técnicas de consenso:

1. En una primera fase, un método Delphi (modificado) con dos rondas anónimas de propuestas a través de correo electrónico, organizadas por una persona con funciones de coordinación y secretaria del grupo.



2. En una segunda fase, un taller presencial para la puesta en común y elaboración del informe definitivo del grupo, utilizando una técnica de grupo nominal para la priorización de las propuestas.

5. Análisis de situación

Desde la aparición de los primeros casos de sida en Andalucía, a comienzo de la década de los 80, se inicia la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad creándose el Registro andaluz de casos de sida, que a su vez forma parte del sistema nacional y europeo de vigilancia del VIH/sida desde 1983.

VIH es la sigla correspondiente a "virus de la inmunodeficiencia humana". Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia".

Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia.

Sida es un término que corresponde a "síndrome de inmunodeficiencia adquirida" y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

Desde 1993 con la creación de la Dirección General de Salud Pública y Participación hasta la actualidad, la vigilancia epidemiológica del sida es una actividad incluida en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) en todos los niveles de su estructura, según lo contemplado en el Decreto 66/1996 y las Ordenes de 19 de diciembre de 1996, 17 de junio de 2002 y 11 de diciembre de 2008, que lo desarrollan e incluyen la infección por el VIH entre las enfermedades de declaración obligatoria.

El Registro andaluz de Casos de Sida ofrece información sobre las características de las personas que padecen la enfermedad, del lugar dónde habitan y de la evolución temporal de esta enfermedad. Hay que tener en cuenta, no obstante, que la incidencia de sida es un indicador de los estados avanzados de la infección por VIH en la población y que éste es clave para evaluar la efectividad de los tratamientos y la precocidad del diagnóstico del VIH, que son las intervenciones sanitarias que más impacto tienen en la evolución de la enfermedad, tanto en el ámbito individual como en el comunitario; sin embargo, no aporta información sobre la frecuencia de nuevas infecciones por VIH en la población ni de su evolución reciente, pudiéndose dar el hecho que aumenten las nuevas infecciones mientras que los casos de sida siguen otra tendencia.

En el presente informe se describe la situación del síndrome en Andalucía a 31 de diciembre de 2008, con las declaraciones recibidas hasta octubre de 2009.

5.1. Situación en Europa y España

En Europa la infección por VIH sigue siendo un área de la mayor importancia para la Salud Pública. Hasta el final del 2006, se comunicaron 86912 nuevos casos de infección por VIH (excluidos Italia, España y Mónaco donde no existe un registro poblacional de infección por VIH). Dicha cifra equivale a una incidencia de casos para el área europea de la OMS de 111,1 por 10⁶ habitantes y representa una incidencia para la Unión europea de 67,2 casos nuevos de infección VIH por 10⁶

habitantes. Se estima que existen unas 740000 las personas que conviven con VIH en Europa Central y Occidental y en unos 1,7 millones en Europa del Este y Asia Central. Mientras el número de nuevos casos de infección continua en aumento, el numero de casos de sida (13199 casos en 2006) ha seguido en descenso (excepto en algunos estados del este europeo).

El 34% de los casos de nueva infección VIH fueron mujeres y el 18% personas entre los 15 a los 24 años. El modo de transmisión predominante ha sido la vía heterosexual (28,2%) seguida de la vía parenteral en el caso de UDVP (27,4%). Las relaciones sexuales entre hombres representan un 9,1% de los nuevos casos de infección. La prevalencia de infección VIH, aun pudiendo variar entre países, es superior en áreas urbanas respecto a las rurales.

En la región Occidental el número de casos comunicados que adquieren la infección por vía heterosexual continua en aumento (ver tabla 1). Una importante proporción de estos casos ocurrieron en personas originarias de países con epidemias generalizadas, reforzando la idea de la necesidad de adaptar los servicios de prevención y asistenciales a las poblaciones inmigrantes. Parecen declinar los casos asociados a UDVP, mientras que se tiene evidencia de que la vía homo-bisexual masculina ha incrementado su transmisión entre los hombres con prácticas de riesgo.

En la región Central, los niveles de VIH permanecen bajos y estables, siendo las vías de transmisión predominantes la heterosexual y la homo-bisexual masculina.

Tabla 1: Características de los nuevos casos de VIH comunicados en 2006 según áreas

Area OMS (Europa)	Oeste (*) (23 Estados)	Centro: (15 Estados)	Este: (15 Estados)
Número de casos	25.241	1.805	59.866
Incidencia x 10 ⁶ hab	82,5	9,4	210,8
Porcentaje de casos			
Población de 15 - 24 años	10%	17%	27 %
Mujer	35 %	26 %	41%
Modo de Transmisión			
ADVP	1.487	177	22.185
Sexo entre hombres	7.410	295	199
Heterosexual	10.722	572	13.200
Otras vías	290	50	155
Desconocido	5.332	711	24.127

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.
(*) Para la subregión del oeste no hay datos disponibles de Italia, Mónaco y España.

En Europa del Este se ha documentado un descenso de casos de nueva infección desde el pico registrado en 2001, pero hay evidencias de un aumento desde la caída del año 2003, siendo su incidencia el doble de la registrada en la región occidental y 20 veces la de la región central. Aunque la vía de transmisión fundamental es la parenteral, se observa su disminución en algunos estados a la vez que un progresivo aumento del peso de la vía heterosexual. En contraste con la región occidental y central, la incidencia de sida en la región del este continúa aumentando.

En España se han notificado al Registro nacional de casos de sida 1176 casos diagnosticados en 2007, que supone el 87,4% de los casos que se estima que habrá cuando se complete la notificación, con una tasa de 26.8 casos por millón, que con respecto al año 2006 ha tenido un descenso del 26.5%.

El 78.8% de los diagnósticos de sida recayeron en hombres y la media de edad al diagnóstico se mantiene en 40 años. La proporción de casos pediátricos (menores de 13 años) se sitúa en el 0.5%. El 42% de las personas que han desarrollado sida en 2007 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas, lo que afectó al 43.5% de los hombres y al 37% de las mujeres. Las personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 30% de los casos y, en números absolutos, continúa siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Sin embargo, proporcionalmente, entre mujeres esta categoría adquiere especial relevancia, pues representa más del 50% de los diagnósticos de sida notificados en 2007. La tercera vía de transmisión más frecuentes han sido las relaciones homosexuales entre hombres, que supone el 17.4% de todos los casos y el 22% de los que afectan a hombres.

Hasta 1997 la proporción de casos de sida correspondientes a personas cuyo país de origen no era España estuvo por debajo del 3 %. Pero a partir de 1988 esta cifra subió progresivamente hasta alcanzar el 20.7% en 2007. En este último año el 39.5% de estos casos proceden de Latinoamérica, el 38% de países de África y el 17.3% del continente europeo.

El 40.5% de las personas diagnosticadas de sida en 2007 no eran conscientes de estar infectadas por el VIH en el momento del diagnóstico. Esta proporción asciende a 58% entre aquellas que se infectaron por vía heterosexual y al 53% entre los hombres que se infectaron a través de relaciones homosexuales.

En el periodo 2003/2007 la tuberculosis de cualquier localización siguió siendo la enfermedad indicativa de sida más frecuente, afectando al 29.2% de los casos. Le sigue la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (22.7%) y la candidiasis esofágica (14.4%).

En cuanto a las tasas del año 2007 por Comunidades Autónomas, Andalucía ocupa el noveno lugar, después de Baleares, Murcia, País Vasco, Cataluña, Madrid, Aragón, Ceuta, Castilla León y Galicia,

5.2. Registro Andaluz de Casos de Sida

El presente informe se elabora con los datos disponibles en el Registro Andaluz de Casos de Sida, hasta octubre de 2009, con objeto de poder trabajar con datos más consolidados del último año de análisis, el 2008.

A los efectos de vigilancia epidemiológica, la definición de caso es la de los C.D.C. de 1987 con posterior revisión en Europa (1993 OMS-CE). Centro colaborador de sida.

La atribución del año para la consideración en la incidencia es la del año de diagnóstico del caso.

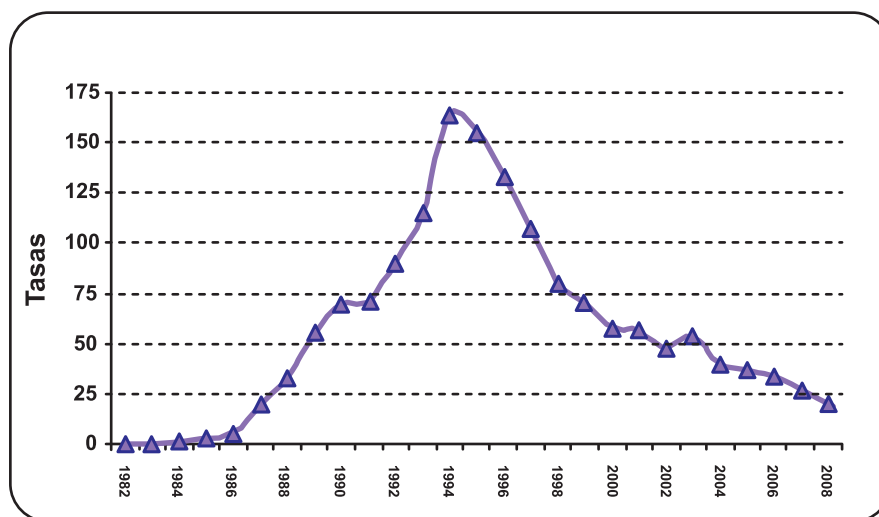
5.3. Evolución casos de sida en Andalucía

Desde el comienzo de la epidemia de sida en Andalucía, en 1982, se han notificado hasta octubre de 2009, 11496 casos de sida, de los cuales 250 tienen su residencia fuera de Andalucía. El presente informe se ha realizado con los 11246 casos residentes en Andalucía.

Desde 1982 se ha producido un aumento creciente del número de nuevos diagnósticos por año, hasta llegar al pico máximo en 1994. A partir de éste año se produce una inflexión muy marcada atenuándose esta caída a partir del 2000, en 2003 se observa un ligero aumento para continuar descendiendo hasta 2008.

En el año 2008 se ha producido un descenso de los casos diagnosticados, con respecto al año 2007, del 24.42% (164 casos en 2008 frente a 217 casos en 2007). Expresado en tasas por millón sería 19.99 en 2008 frente a 26.87 de 2007, aunque esta caída será más suave conforme se vayan consolidando los datos.

Gráfica 1: Evolución de tasas* anuales de casos de sida en Andalucía 1982-2008

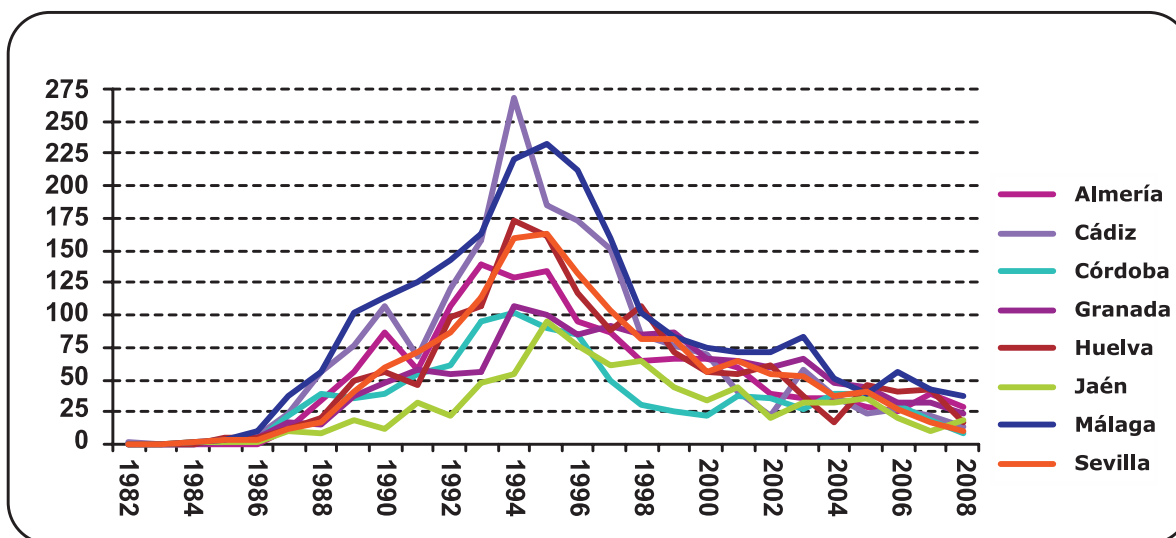


(*) Tasas por millón

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

La evolución de las tasas provinciales de sida sigue el mismo patrón que la tasa andaluza. Se observa el pico máximo entre el año 1994 y 1995, predominando en Andalucía el pico en 1994 a costa de los casos diagnosticados en ese año en la provincia de Cádiz, teniendo una bajada la tasa andaluza, al año siguiente, más suavizada que Cádiz debido a que en 1995 es cuando Málaga tiene su máxima incidencia. El año 2005 es el año que más homogéneas son las tasas provinciales, observándose una menor desviación de las tasas provinciales con respecto a la tasa andaluza. Las provincias Málaga, Almería y Huelva están por encima de la tasa andaluza en 2008.

Gráfica 2: Evolución de tasas* anuales de casos de sida por provincia 1982-2008



(*) Tasas por millón

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Análisis de Situación

En la tabla 2 se detallan las tasas de incidencia por provincia.

Tabla 2: Tasas* de sida por año de diagnóstico y provincia de residencia.1988-2008

PROVINCIA	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ALMERÍA	33,6	55,86	86,67	57,06	106,33	139,19	128,82	133,27	94,32	87,01	63,77	66,71	65,56	59,96	38,46	35,53	36,44	28,03	25,08	38,41	28,46
CÁDIZ	55,4	75,73	107,01	68,49	121,36	158,01	268,65	185,84	173,47	151,31	85,61	75,57	70,01	40,51	22,70	56,96	37,68	23,66	26,73	21,53	13,93
CÓRDOBA	38,6	35,89	38,53	54,35	60,70	94,56	101,96	89,89	84,58	49,30	29,79	24,63	22,04	37,56	34,92	27,01	38,43	39,48	30,40	18,95	8,76
GRANADA	15,2	36,71	46,85	58,01	55,07	55,95	107,46	100,78	84,51	91,55	85,19	86,24	66,76	64,15	60,07	66,70	47,01	44,96	32,87	31,42	24,41
HUELVA	20,5	50,01	56,68	45,14	98,86	107,32	173,66	161,91	116,88	87,85	107,15	71,82	56,27	53,72	61,92	38,03	16,75	45,45	40,55	42,09	17,72
JAÉN	9,3	18,71	12,53	32,92	21,85	48,14	54,14	95,63	77,07	61,62	64,59	44,60	33,83	44,58	19,96	32,14	32,03	34,82	21,09	10,55	19,48
MÁLAGA	56,2	102,44	113,89	126,32	142,25	163,00	221,26	232,41	212,72	160,23	101,64	83,48	74,15	71,81	71,09	83,67	51,55	39,34	55,54	42,10	37,74
SEVILLA	17,8	41,48	59,14	71,55	86,20	113,24	159,52	162,94	131,70	103,25	81,65	81,24	56,52	64,04	54,56	53,34	37,40	41,40	27,21	16,74	9,60
ANDALUCÍA	32,5	55,20	69,39	70,59	90,94	115,35	163,91	155,07	133,03	107,42	79,41	70,49	57,80	56,44	47,52	54,06	39,37	37,21	33,52	26,87	19,99

(*)Tasas por millón. Calculadas con estimaciones intercensales de población y en 2008 es del padrón de Andalucía del Instituto de Estadística de Andalucía.

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En la tabla 3. se presenta la evolución de los casos por provincias, desde 1988 hasta el 2009, incluyendo en este año los casos declarados hasta octubre. Desde 1982 a 1987 se agrupan en la columna “<1988”.

Tabla 3: Casos* de sida por año de diagnóstico y provincia de residencia.1988-2008

PROVINCIA	<1988	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	TOTAL
ALMERÍA	5	15	25	39	26	49	65	61	64	46	43	32	34	34	32	21	20	21	17	16	25	19	9	718
CÁDIZ	36	59	81	115	74	132	173	296	206	193	169	96	85	79	46	26	66	44	28	32	26	17	19	2098
CÓRDOBA	21	29	27	29	41	46	72	78	69	65	38	23	19	17	29	27	21	30	31	24	15	7	0	758
GRANADA	18	12	29	37	46	44	45	87	82	69	75	70	71	55	53	50	56	40	39	29	28	22	2	1059
HUELVA	9	9	22	25	20	44	48	78	73	53	40	49	33	26	25	29	18	8	22	20	21	9	4	685
JAÉN	10	6	12	8	21	14	31	35	62	50	40	42	29	22	29	13	21	21	23	14	7	13	6	529
MÁLAGA	60	65	118	131	146	166	192	263	279	258	196	126	105	95	94	95	115	72	57	83	64	59	21	2858
SEVILLA	35	28	66	95	116	141	187	266	274	223	176	140	140	98	112	96	95	67	75	50	31	18	10	2541
ANDALUCÍA	194	223	380	479	490	636	813	1164	1109	957	777	578	516	426	420	357	412	303	292	268	217	164	71	11246

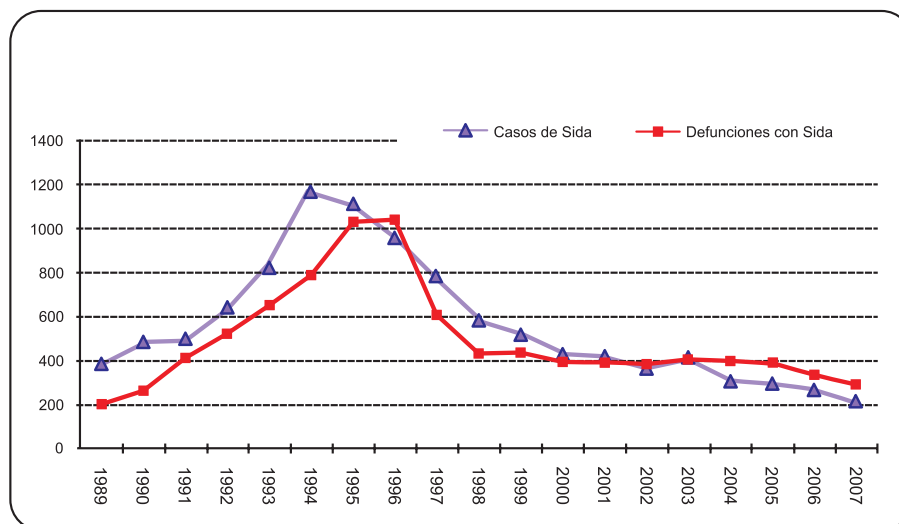
(*)Casos diagnosticados en 2009 y declarados al Registro Andaluz de Casos de Sida, hasta octubre de 2009.

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

5.4. Evolución de la mortalidad por sida en Andalucía

Las curvas descritas por la evolución de la incidencia de casos de sida y el número de fallecidos por sida cada año, tienen trazados muy similares. El descenso en el número de casos diagnosticados de sida, a partir de 1994, se acompaña de una importante disminución del número de fallecidos por esta causa, dos años después, en 1996.

Gráfica 3: Evolución de casos de sida y defunciones con sida en Andalucía 1989-2007



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Según los datos del Registro de Mortalidad de Andalucía, desde 1989 hasta el año 2007 se han producido 9285 defunciones por esta causa en Andalucía. El número de fallecidos fue aumentando anualmente hasta 1996, a partir de ese año comienza un descenso, que se mantiene en la actualidad. En el periodo 1996-2006 se ha producido un descenso de un 72.3% en el número de fallecidos. En la siguiente gráfica se observa cómo la mortalidad presenta el mismo comportamiento que la incidencia de casos de sida con una diferencia de dos años entre los puntos máximos de ambas curvas, igualándose prácticamente en los años 2000 a 2003. y descendiendo el número de casos desde el año 2004 al 2007.

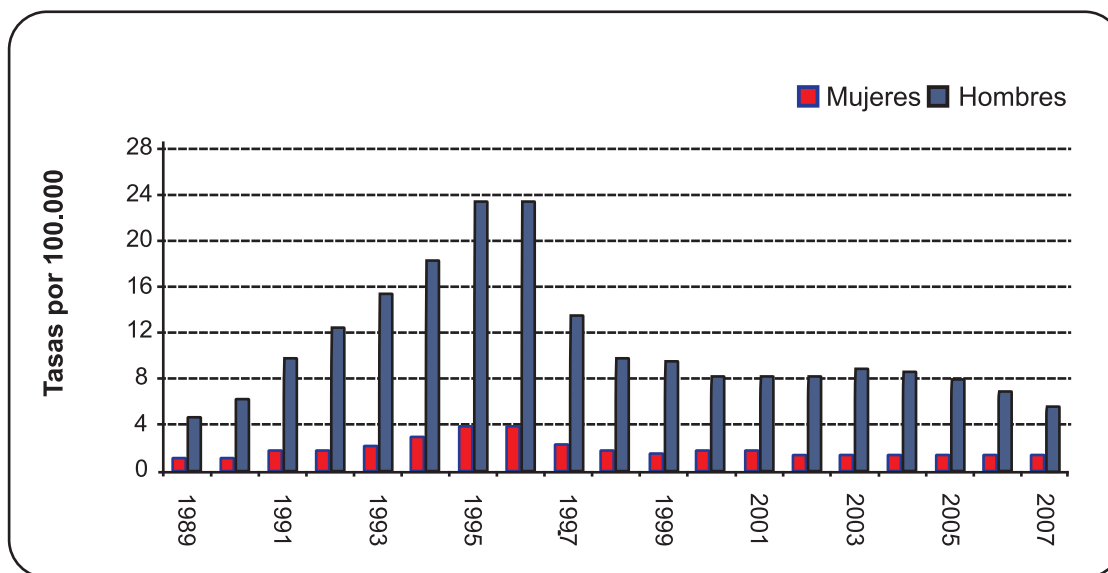
Tabla 4: Mortalidad con sida según sexo en Andalucía 1989-2007

AÑO	HOMBRES	MUJERES	ANDALUCÍA
1989	165	33	198
1990	223	33	256
1991	347	62	409
1992	455	63	518
1993	562	85	647
1994	674	110	784
1995	881	147	1028
1996	885	151	1036
1997	511	92	603
1998	370	57	427
1999	369	62	431
2000	319	68	387
2001	317	69	386
2002	321	57	378
2003	347	53	400
2004	338	55	393
2005	318	67	385
2006	271	61	332
2007	240	47	287
	7913	1372	9285

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En el diagrama de barras adjunto se presenta la evolución de las tasas de mortalidad por sida en hombres y mujeres. Para la estandarización se utiliza las estimaciones intercensales de población del Instituto de Estadística de Andalucía.

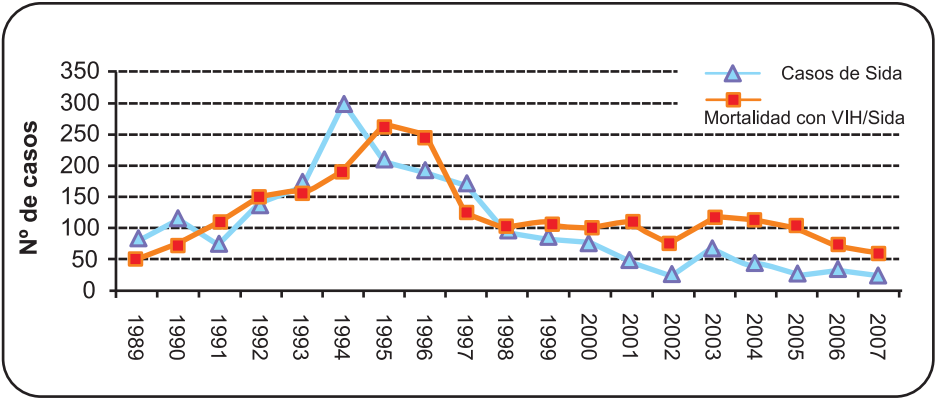
Gráfica 4: Tasas estandarizadas de mortalidad en sida, por sexo . Andalucía 1989-2007



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

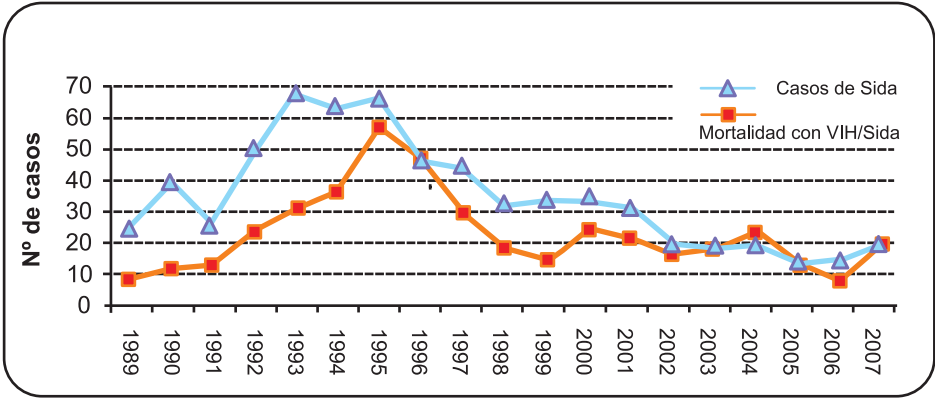
En las gráficas siguientes se detallan la evolución de la incidencia de casos de sida en cada provincia y el número de fallecimientos con sida en el Registro de Mortalidad de Andalucía a por año en el que se produce la muerte. Aunque los datos se refieren a dos situaciones vitales diferentes, el valor de estas gráficas es el de comparar las curvas que siguen ambas series de datos, como una manera indirecta de aproximarnos al nivel de declaración o exhaustividad del Registro.

Gráfica 5: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Cádiz, 1989-2007



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 6: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Almería, 1989-2007

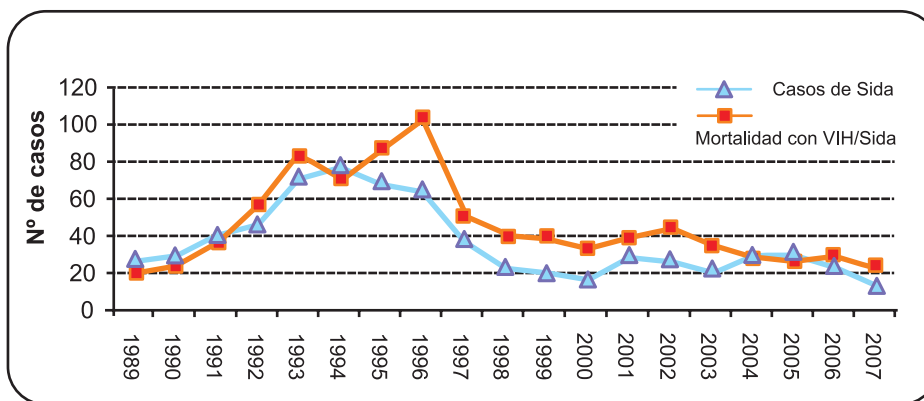


Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Podemos considerar que, de manera regular, la curva de casos de sida debe estar por encima de la de fallecidos, debiéndonos cuestionar en caso contrario qué ocurre. Este fenómeno se invierte en el periodo final de la epidemia donde la incidencia cada vez es menor y la mortalidad debe estar acorde con los casos prevalentes.

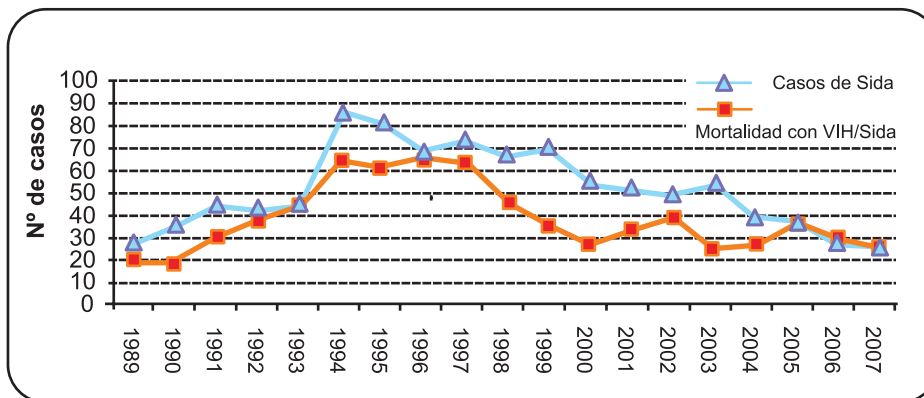
Las provincias que de manera regular, a lo largo de su serie, tienen valores de casos de sida por debajo de los de mortalidad, es Cádiz, Córdoba y en los últimos años Jaén, Huelva y Sevilla.

Gráfica 7: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Córdoba, 1989-2007



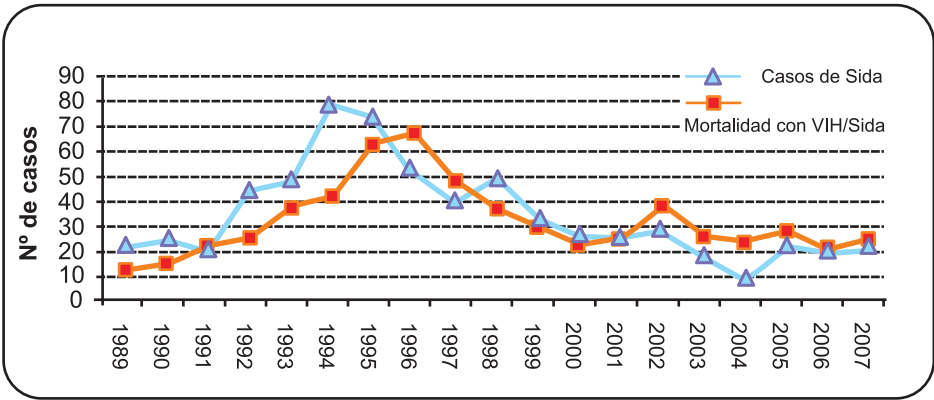
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 8: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Granada, 1989-2007



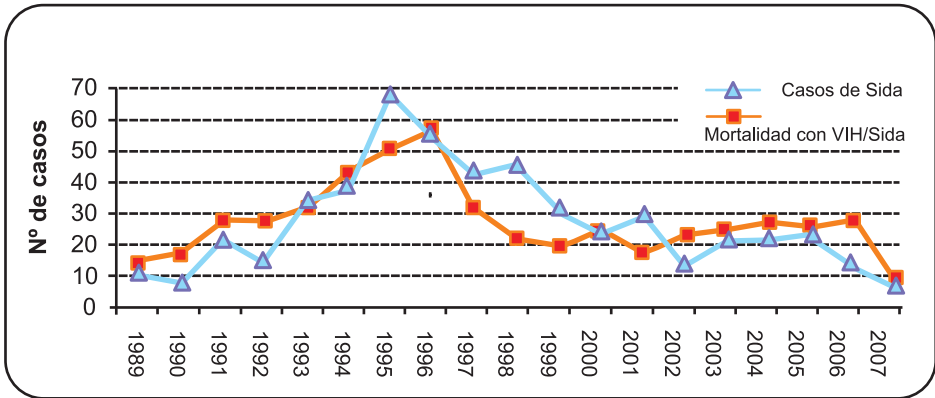
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 9: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Huelva, 1989-2007



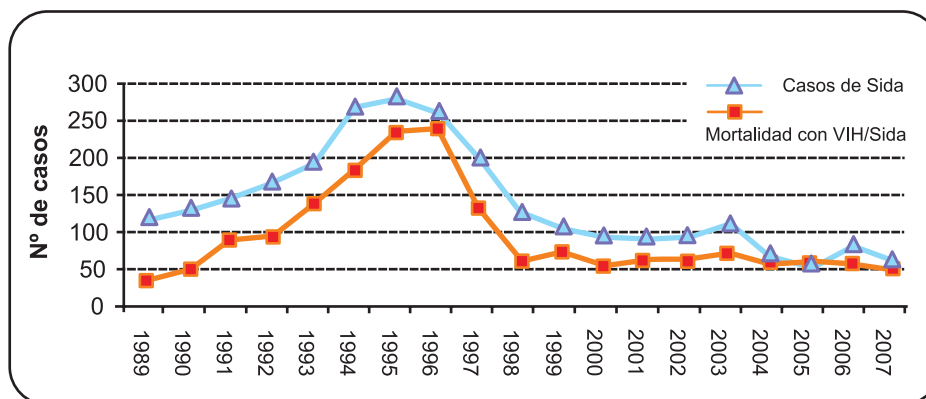
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 10: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Jaén, 1989-2007



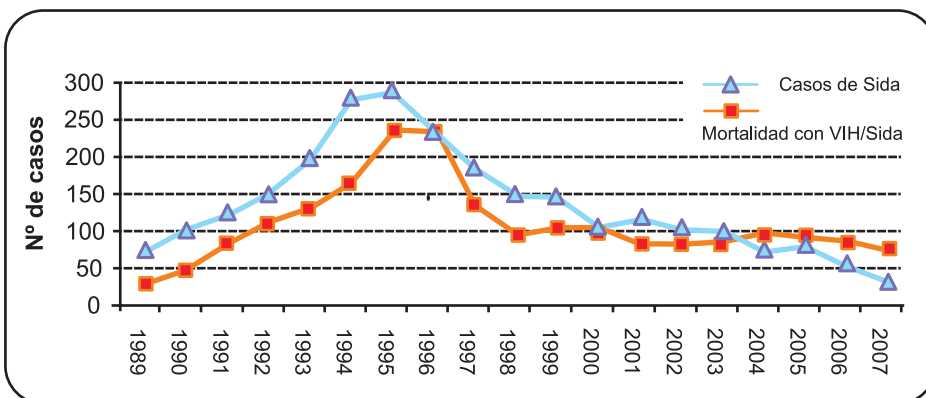
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 11: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Málaga, 1989-2007



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 12: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Sevilla, 1989-2007



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

5.5. Mortalidad en el Registro Andaluz de casos de sida.

En cuanto a la mortalidad recogida en el Registro andaluz de casos de sida, se observa en la tabla adjunta que la mortalidad es del 61.7%. Las fuentes por las cuales se tiene notificación de la mortalidad en los Registros provinciales son muy diversas, pero son sobretudo a través de: la notificación del éxitus de las instituciones declarantes, la búsqueda a través de la policía mortuoria, empresas funerarias, etc. y se completa la mortalidad registrada en cada provincia, cada año, con el Registro de Mortalidad de Andalucía.

Tabla 5: Mortalidad acumulada 1982-2009 en el Registro Andaluz de Casos de Sida por provincia de residencia

	ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA	HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA	TOTAL
Total	718	2098	758	1059	685	529	2858	2541	11246
No fallecidos*	285	768	282	471	266	223	919	1090	4303
% Columna	39,7	36,6	37,2	44,5	38,8	42,2	32,2	42,9	38,3
Fallecidos	433	1330	476	588	419	306	1939	1451	6942
% Columna	60,3	62,8	62,8	55,5	61,2	57,8	67,8	57,1	61,7

(*) No consta el fallecimiento en el Registro Andaluz de Casos de Sida

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

El Registro provincial que tiene un mayor porcentaje de fallecidos registrados es el de Málaga, con un 67.8% y el que menos mortalidad registra es el de Granada con un 55.5%.

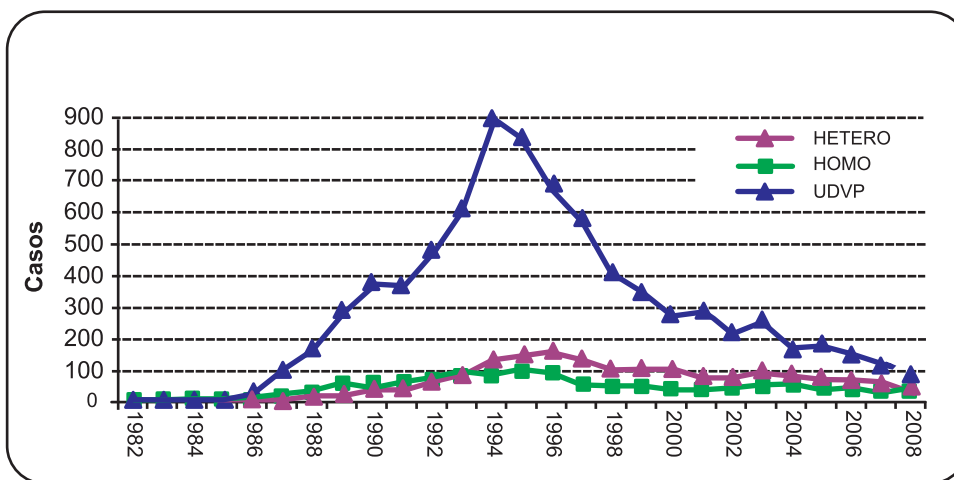
De los 164 casos diagnosticados en 2008 nos consta el éxitus de 34 casos, que supone el 20.7%.

5.6. Características epidemiológicas de los casos de sida.

De los 164 casos diagnosticados en 2008, el grupo de Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP) sigue siendo el más numeroso, representando el 48.8% (80 casos) de todos los casos nuevos. La vía de transmisión por relaciones heterosexuales de riesgo (HETERO), representa el 23.2% (38 casos). Un 13.41% (22 casos) se infectaron por mantener relaciones homo / bisexuales sin protección (HOMO). Por transmisión de madre portadora a recién nacido, llamada vía vertical, se ha diagnosticado 1 caso en 2008.

En la evolución de las principales vías de transmisión se observa que la vía de transmisión UDVP es la que más desciende en número de casos y, que la disminución de la incidencia general de casos de sida es principalmente a costa de este grupo. La transmisión heterosexual se encuentra desde 1993 por encima de la transmisión por relaciones homo-bisexuales.

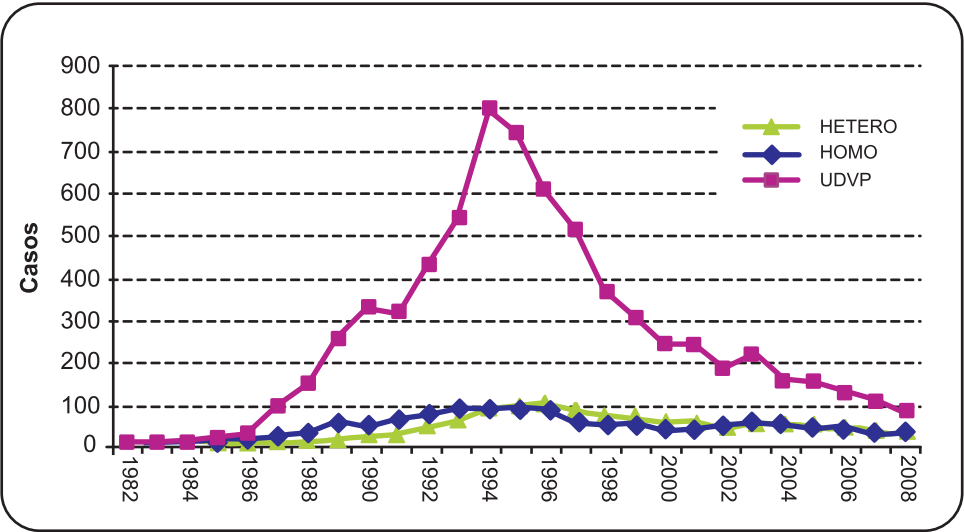
Gráfica 13: Evolución nº casos por principales categorías de transmisión. Andalucía, 1982-2008



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

La evolución de las principales categorías de transmisión por sexo indican que los hombres, al constituir el 81.7% de los casos totales declarados, son los que determinan el patrón de la curva general de categorías de transmisión en todo el periodo. La categoría UDVP es la que determina también la tendencia de las tasas de incidencia en todo el periodo epidémico en Andalucía.

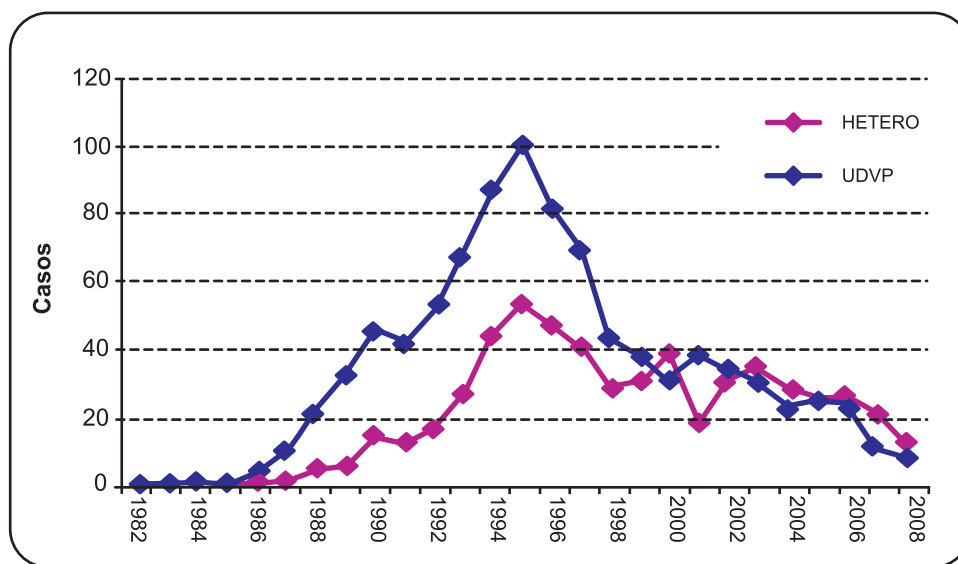
Gráfica 14: Evolución nº casos por principales categorías de transmisión.
Hombres, Andalucía, 1982-2008



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En el caso de las mujeres el patrón de la categoría de transmisión es diferente, estando más próximas las categorías UDVP y heterosexual, aunque como ocurre con los hombres, la frecuencia de UDVP es mayor hasta el año 2000, en el que está por encima la categoría HETERO y este mismo patrón se observa desde 2003 hasta la actualidad.

Gráfica 15: Evolución nº casos por principales categorías de transmisión.
Mujeres, Andalucía, 1982-2008



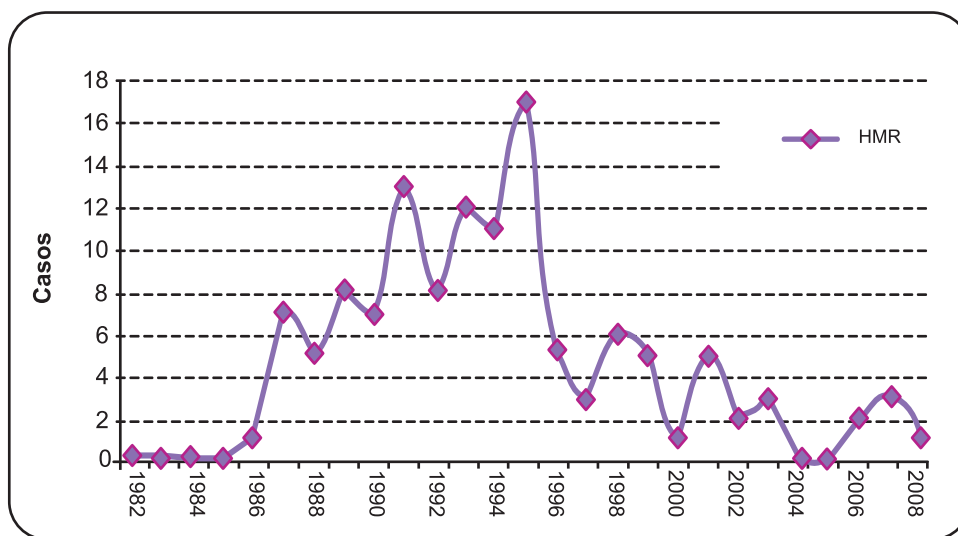
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Análisis de Situación

En la transmisión vertical madre-hijo o también llamada “hijo de madre de riesgo” (HMR), el pico máximo de incidencia corresponde a 1996, con 17 casos, un año después al del pico máximo de casos en mujeres. Desde ese año ha tenido una evolución muy favorable. Tras dos años sin ningún caso, en 2006 se diagnosticaron 2 casos, 3 casos en 2007 y 1 caso en 2008.

Este caso de 2008 corresponde a la transmisión de una madre de 20 años, de origen español, y fue diagnosticada de VIH al nacer, desarrollando en 2008 una encefalopatía multifocal progresiva, por lo que es caso de sida en ese año; su madre contrajo la infección a través de relaciones heterosexuales de riesgo.

Gráfica 16: Evolución nº casos transmisión HMR. Andalucía, 1982-2008



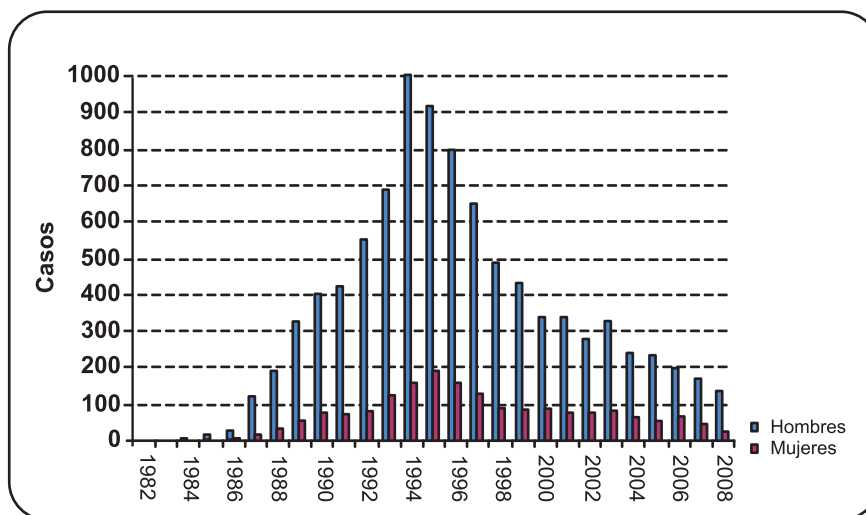
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Evolución de los casos de sida según sexo

En el año 2007, el 81.7% de los casos diagnosticados han sido hombres y un 18.3% mujeres, lo que supone una razón hombre/mujer de 4.46.

En la evolución del número de casos por sexo, el primer caso de hombre se diagnosticó en 1982 y de mujer en 1986. Se observa que la máxima frecuencia de casos en hombres ocurrió durante el año 1994 mientras que en mujeres ocurrió un año después, en 1995. En ambos sexos la tendencia es descendente si bien en hombres esta tendencia es más acusada.

Gráfica 17: Evolución casos de sida por sexo. Andalucía, 1982-2008

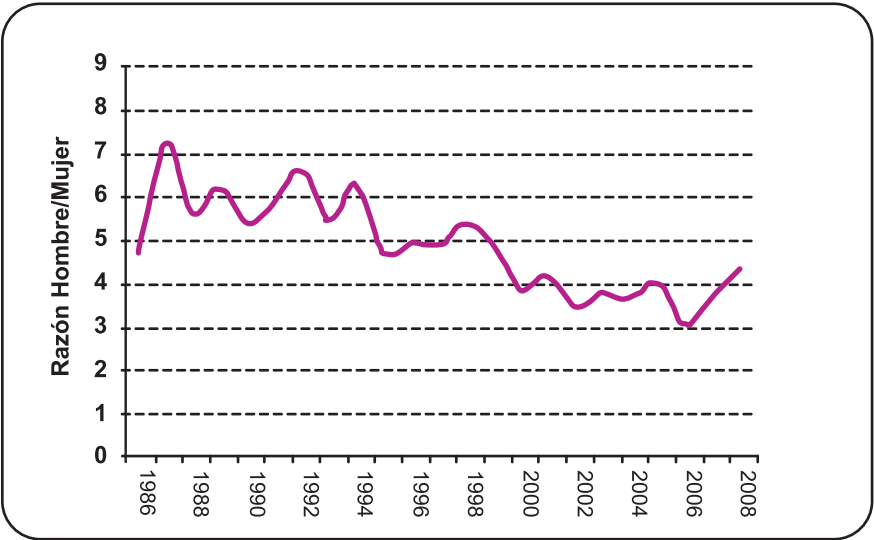


Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Análisis de Situación

La razón hombre/mujer ha disminuido en el tiempo, con fluctuaciones de unos años a otros: la proporción mayor de hombres se sitúa en el año 1986, con una razón de casi 7 hombres por 1 mujer, y la menor en el pasado año 2006 con una razón 3.5, en el año 2008 la razón vuelve a subir a 4.46.

Gráfica 18: Evolución razón Hombre/Mujer en casos de sida. Andalucía, 1986-2008



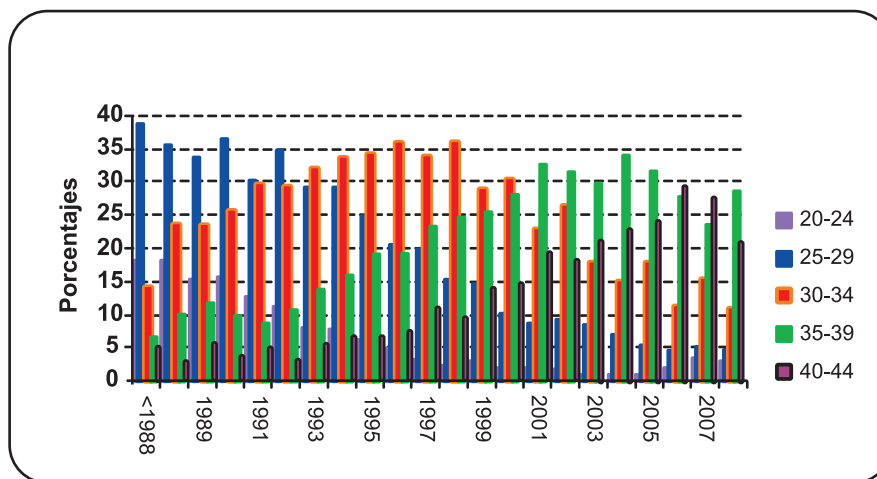
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Evolución de los casos de sida según edad

Desde el principio de la epidemia hasta el año 2008 ha habido un cambio en el patrón de edad. Con anterioridad al año 1988 el 32.81% de los casos diagnosticados tenían entre 25-29 años, y ha evolucionado hasta el año 2006 en el que alcanzó el máximo el grupo de edad de 40-44. Esto es debido en gran medida al retraso de la aparición de la primera enfermedad indicativa por la efectividad de los tratamientos antirretrovirales.

En la siguiente gráfica se observa la evolución del porcentaje que representa cada grupo de edad, con respecto al total de casos declarados en el año. Desde el principio de la epidemia se observan 4 etapas: la primera desde el comienzo de la enfermedad hasta el año 1992 en la que el grupo de edad mayoritario es el de 25 a 29 años, los siguientes 8 años predomina el grupo de edad de 30 a 34 años, a partir del año 2001 es el grupo de 35 a 39 años el que tiene mayor relevancia y a partir de 2006 y durante dos años el mayor porcentaje lo tiene el grupo de edad de 40-45 años.

Gráfica 19: Evolución de la edad al diagnóstico. 1988-2008

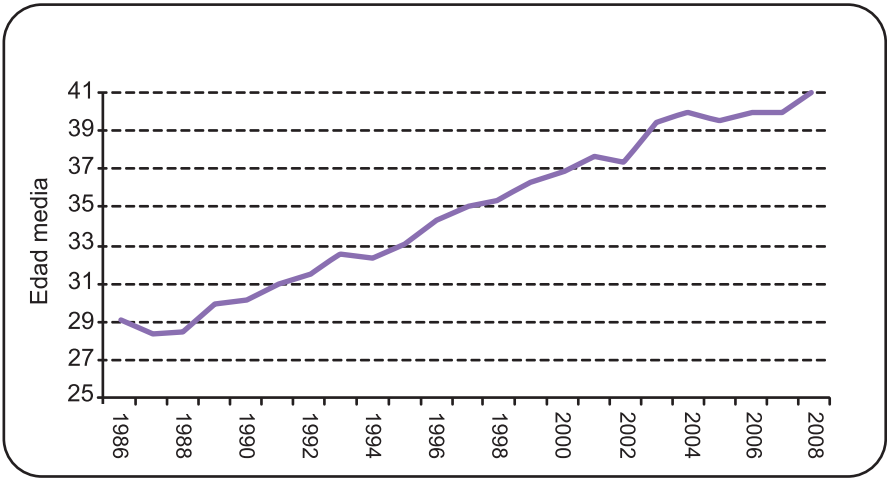


Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Análisis de Situación

El aumento de la edad en el momento del diagnóstico de sida a lo largo de los años se observa más claramente en la evolución de la media de edad. Al comienzo de la epidemia la media de edad era de 29 años y en el año 2008 sobrepasa los 41, desplazándose la edad de inicio de sida un promedio de doce años en este periodo.

Gráfica 20: Evolución de edad media al diagnóstico de caso de sida. 1986-2008

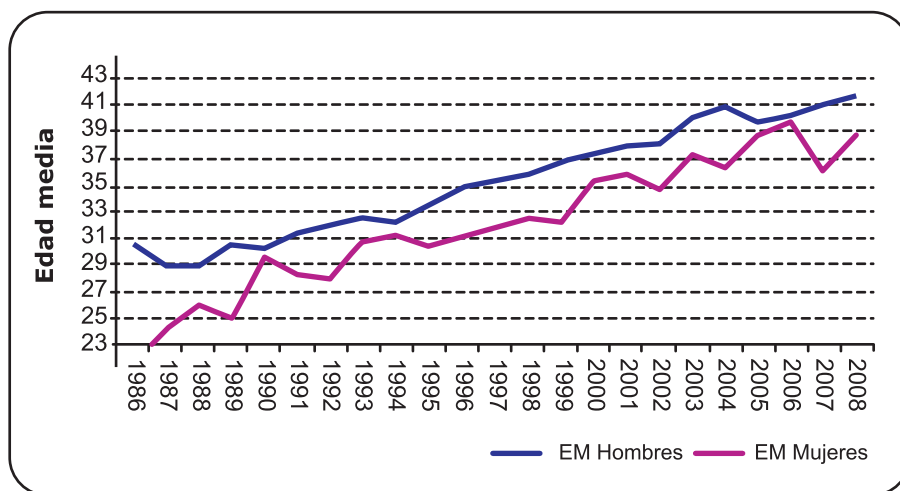


Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

La evolución de la media de edad en el momento del diagnóstico sigue un patrón similar en hombres y mujeres. En los hombres pasa de 30 años en 1986 a 41 en 2008 y en las mujeres de 21 a 38 en 2008, encontrándose una tendencia ascendente en la edad de inicio de la enfermedad en ambos sexos, si bien en mujeres hay más fluctuaciones por ser menor el número de casos incidentes.

El comportamiento de la media de edad al diagnóstico varía según la categoría de transmisión, así en las personas más jóvenes su vía de transmisión es por uso no higiénico de drogas por vía parenteral y en las personas de mayor edad sus vías de transmisión son las relaciones, tanto heterosexuales como homosexuales sin medidas de protección.

Gráfica 21: Evolución de edad media al diagnóstico de caso de sida.
Hombres y mujeres, 1986-2008



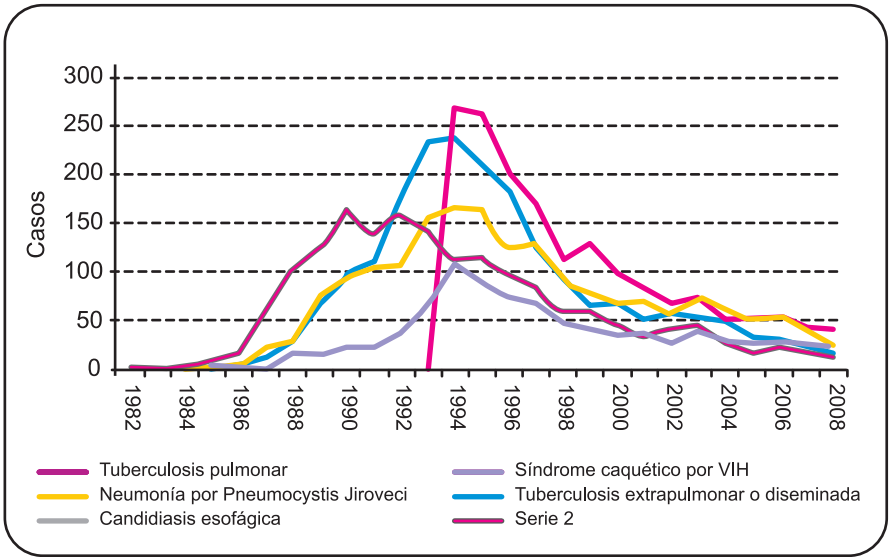
Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

5.7.Enfermedades indicativas de sida

En la evolución de las principales enfermedades indicativas se observa como la tuberculosis pulmonar empieza a declararse en 1993 a raíz de la nueva definición de caso sida, pasando a ser la primera enfermedad por encima de las demás.

Al igual que en los últimos 10 años, las principales enfermedades indicativas diagnosticadas durante el 2008 son: en primer lugar, la tuberculosis pulmonar con 41 casos, en segundo lugar el Síndrome caquético por VIH con 24 casos la neumonía por pneumocystis jirovecii con 21 casos, le sigue la tuberculosis extrapulmonar o diseminada con 17 casos, y la candidiasis esofágica con 13 casos. Estas cinco enfermedades suponen el 70.73% de los casos declarados en 2008.

Gráfica 22: Evolución de las principales enfermedades indicativas de sida.1982-2008

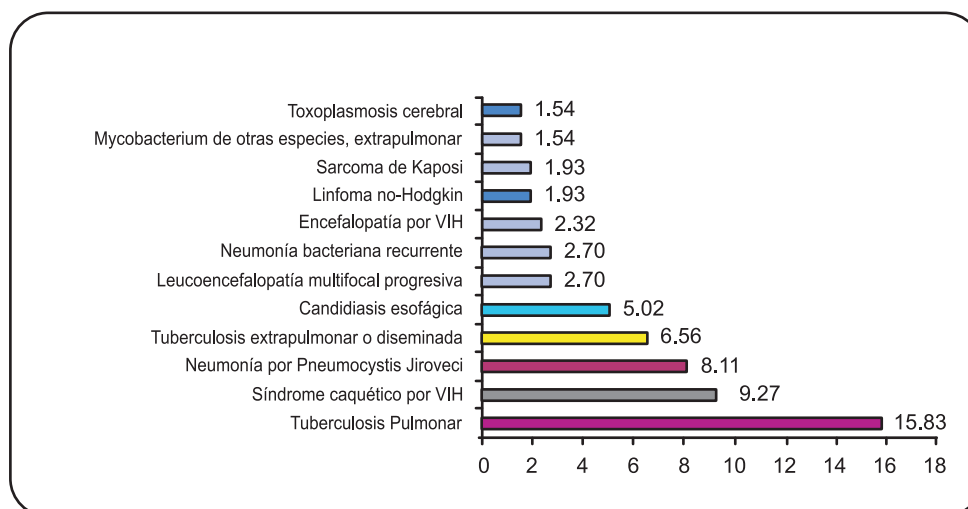


Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Es de destacar que de todas las enfermedades que indican sida, analizando en cada una de ellas la vía de transmisión, el porcentaje mayor lo tienen las personas cuya vía de transmisión es la UDVP, excepto el sarcoma de Kaposi que su vía de transmisión es la HOMO.

Desde el inicio de 2008 hasta octubre de 2009, la distribución de los diagnósticos según la categoría de transmisión sigue el mismo patrón que en los cinco años anteriores.

Gráfica 23: Enfermedades indicativas de sida más frecuentes en Andalucía en 2008



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

5.8.Distribución espacial de los casos de sida

Provincias

Al cierre del informe, durante el año 2008 se han declarado a los Registros Provinciales de Sida 187 casos, de éstos el 70% (131 casos) corresponden a diagnósticos del mismo año 2008 y el resto corresponden a casos diagnosticados en años anteriores y que se declaran con posterioridad fruto de la búsqueda activa de casos.

Tabla 6: Número de casos de sida declarados en 2008 por año de diagnóstico.

	AÑO DE DIAGNÓSTICO																		
AÑO DECLARACIÓN	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
2008	1		2		3	1	1	1	1	1	1	2	3	5	6	28	131	0	187
% Declaración 2008	0.5%		1.1%		1.6%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	1.1%	1.6%	2.7%	3.2%	15.0%	70.1%	0	100%
2009				1		2	1	1		2		1	1	1		1	31	70	112
% Declaración 2009				0.9%		1.8%	0.9%	0.9%		1.8%		0.9%	0.9%	0.9%		0.9%	27.7%	62.5%	100.0

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En el año 2008, por tanto, se han diagnosticado en Andalucía 164 casos de sida, 131 declarados en el año 2008 y 31 declarados posteriormente durante los meses de enero a octubre de 2009. En la distribución por provincia se observa cómo Málaga es la provincia con mayor número de casos y mayor tasa en 2008, siguiéndole en cuanto a las tasas, Almería, Granada, Jaén y Huelva.

Tabla 7: Número de casos de sida del año 2008 y tasas*, por provincia de residencia. Año 2008

Provincia	Casos 2008 declarados en 2008	Casos 2008 declarados en 2009	Casos totales 2008	Tasas x 10 ⁶
Almería	18	1	19	28.46
Cádiz	17	0	17	13.93
Córdoba	3	4	7	8.76
Granada	17	5	22	24.41
Huelva	7	2	9	17.72
Jaén	11	0	13	19.48
Málaga	48	11	59	37.74
Sevilla	10	8	18	9.60
Andalucía	131	31	164	19.99

(*)Tasas acumuladas con proyección de población del IEA.

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Distritos

Durante 2008 se han notificado nuevos diagnósticos de sida en 29 de los 33 distritos sanitarios. Las tasas más altas registradas corresponden a los distritos de Málaga con una tasa por cien mil de 5.57, a continuación Poniente de Almería con 4.65 y Granada con 4.53 casos por cien mil.

Tabla 8: Casos y tasas* de sida por distrito sanitario. Año 2008

Provincia	Distrito	Casos	Tasas
Almería	Almería	5	1.76
	Levante Alto Almanzora	3	2.04
	Poniente de Almería	11	4.65
Cádiz	Campo de Gibraltar	2	0.77
	Bahía de Cádiz- La Janda	10	1.95
	Jerez-Costa Noroeste	3	0.92
	Sierra de Cádiz	2	1.67
Córdoba	Córdoba	5	1.54
	Guadalquivir	2	1.6
Granada	Granada Sur	3	2
	Granada Nordeste	3	2.71
	Granada	11	4.53
	Metropolitano de Granada	5	1.23
Huelva	Condado-Campiña	5	3.5
	Huelva Costa	4	1.42
Jaén	Jaén Sur	1	1.04
	Jaén	4	1.98
	Jaén Norte	3	1.53
	Jaén Nordeste	5	2.89
Málaga	La Vega	1	0.87
	Axarquía	5	3.08
	Valle del Guadalhorce	2	1.44
	Costa del Sol	15	3.14
	Málaga	34	5.57
	Serranía	2	3.36
Sevilla	Sevilla Sur	7	1.75
	Aljarafe	3	0.86
	Sevilla Norte	1	0.38
	Sevilla	7	1

(*)Tasas por 100.000 calculadas con población del padrón de 2008.

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En los distritos de Córdoba Norte, Córdoba Sur, Sierra de Huelva-Andévalo Central y Sevilla Este, hasta la fecha de cierre del presente informe, no se han declarado ningún caso incidente en 2008

5.9. Instituciones declarantes

En el año 2008 las diferentes instituciones andaluzas, hospitales y centros de salud de la red pública y centros penitenciarios han diagnosticado 164 casos de sida. De éstos 131 se declararon en su mismo año de diagnóstico, es decir en 2008 y 31 se han declarado hasta octubre de 2009, fecha de cierre de este informe. Por otra parte, en 2008, las instituciones declararon 187 casos de los que el 70% son casos diagnosticados en ese mismo año, 2008, y el 30% corresponden a diagnósticos de años anteriores.

Tabla 9: Número de casos declarados en 2008 y diagnosticados en 2008, según instituciones declarantes

PROVINCIA	INSTITUCIÓN	Casos Declarados 2008	Casos diagnosticados en 2008 y declarados en 2008	Casos diagnosticados en 2008 y declarados en 2009	Casos diagnosticados en 2008 totales
Almería	HOSPITAL DE PONIENTE	12	10	1	11
	HOSPITAL LA INMACULADA	1	1	0	1
	HOSPITAL TORRE CÁRDENAS	9	7	0	7
Cádiz	CENTRO PRIVADO	2	2	0	2
	CENTRO PENITENCIARIO	1	2	0	2
	HOSPITAL DE LA LÍNEA	2	1	0	1
	HOSPITAL GENERAL PUERTO DE SANTA MARÍA	1	1	0	1
	HOSPITAL DE PUERTO REAL	11	7	0	7
	HOSPITAL DE PUERTA DEL MAR	1	1	0	1
Córdoba	HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO	1	1	0	1
	C. HOSPITALARIO REINA SOFÍA	4	3	4	7
Granada	C. PENITENCIARIO ALBOLOTE	5	1	0	1
	H. CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO	7	5	4	9
	H.GENERAL BÁSICO DE BAZA	3	3	0	3
	H.GENERAL BÁSICO SANTA ANA	3	3	0	3
	HOSPITAL UNIV. VIRGEN DE LAS NIEVES	13	7	1	8
Huelva	C.HOSPITALARIO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	2	2	0	2
	HOSPITAL INFANTA ELENA	5	5	3	8
Jaén	HOSPITAL CIUDAD DE JAÉN	4	5	0	5
	HOSPITAL SAN AGUSTÍN	4	4	0	4
	HOSPITAL SAN JUAN DE LA CRUZ	3	3	0	3
Málaga	C. PENITENCIARIO DE MÁLAGA	2	2	0	2
	C. HOSPITALARIO CARLOS HAYA	44	29	3	32
	C. HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA	13	10	1	11
	H. COMARCAL DE LA AXARQUÍA	1	1	2	3
	HOSPITAL COSTA DEL SOL	10	8	3	11
	HOSPITAL DE LA SERRANÍA	3	3	1	4
	H GRAL. BÁSICO DE ANTEQUERA	2	0	1	1
Sevilla	CENTRO PENITENCIARIO DE SEVILLA	5			
	HOSPITAL DE LA MERCED	1	1	0	1
	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME	2	2	5	7
	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	1	0	1
	HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO	3	1	0	1
	HOSPITAL VIRGEN MACARENA	6	3	2	5
Total		187	131	31	164

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

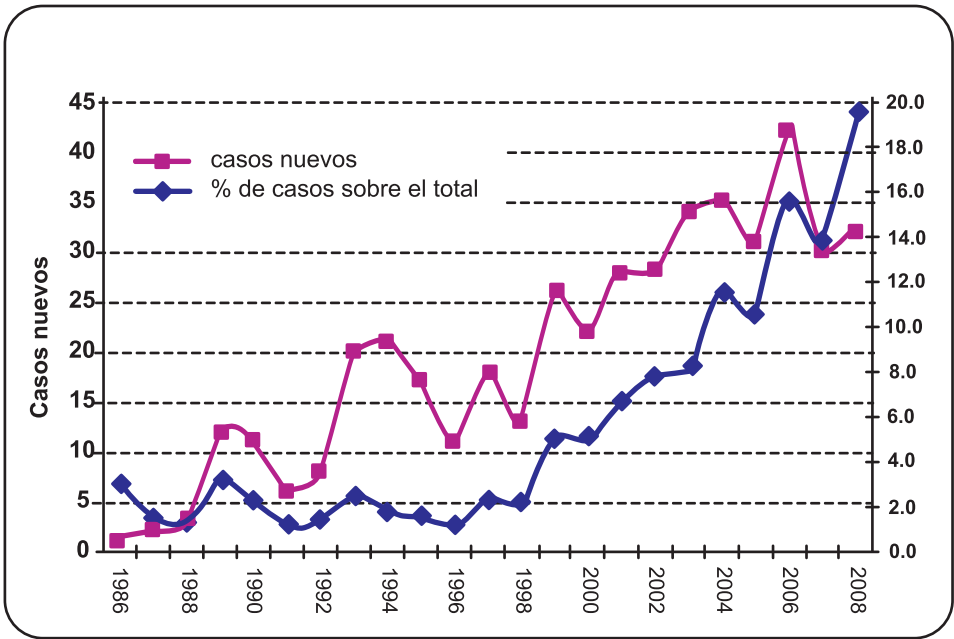
En cuanto a la incidencia del año 2008, el hospital con más peso es el Hospital Carlos de Haya, con un 19.5% del total de casos (32 casos), le sigue los hospitales de Poniente de Almería, el H. Virgen de la Victoria y el H. Costa del Sol de Málaga, con un 6.7% de casos declarados cada uno (11casos).

5.10. Evolución de los casos de sida según país de origen.

Desde el comienzo de la epidemia hasta el cierre del informe (octubre de 2009) se han notificado en Andalucía 469 casos de sida de personas de otros países de origen, que suponen el 4% del total de casos declarados. En el año 2008 este porcentaje es del 19.5% de todos los casos incidentes (32 casos de 164). La epidemia de VIH/sida en Andalucía es fundamentalmente por la transmisión autóctona, sin embargo es llamativo el aumento progresivo de los casos de país de origen distinto de España.

En la gráfica se observa la evolución del número absoluto de casos nuevos cuyo país de origen es distinto de España y el porcentaje que éste representa con respecto al total de casos diagnosticados en cada año.

Gráfica 24: Número y porcentaje de casos de sida, de otros países de origen en Andalucía. Años 1986-2008



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Si se analiza la provincia de residencia de todos los casos de país de origen distinto de España, el 38.16%, de los casos de personas de otro país de origen, se han diagnosticado en la provincia de Málaga, le sigue la provincia de Almería con un 24.52 % y Sevilla con un 13.21%.

Tabla 10: Número de casos de país de origen distinto de España declarados en toda la epidemia y diagnosticados en 2008 por provincia de residencia

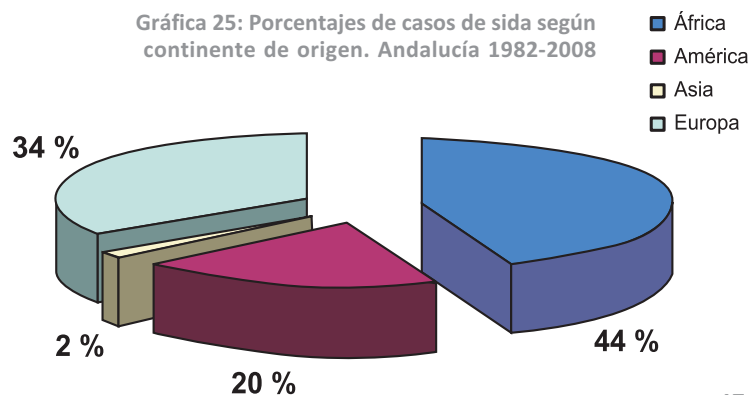
PROVINCIA	Casos totales país origen <> España	% del total de casos	Casos 2008 país origen <> España	% del total de casos de 2008
Almería	115	19.1	11	57.9
Cádiz	30	1.5	1	5.88
Córdoba	10	1.3	0	0
Granada	31	3.0	2	9.09
Huelva	19	2.9	4	44.4
Jaén	23	4.5	3	23.1
Málaga	179	6.7	8	13.6
Sevilla	62	2.5	3	16.7
Total	469	4.4	32	19.5

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

De los 469 casos diagnosticados en todo el periodo:

- El 44% corresponde a países africanos siendo el país con más casos Marruecos (45 casos) le sigue Nigeria (30 casos), Guinea Bisau (18) y Senegal (16 casos)
- El 34% corresponde a países europeos, Portugal (28 casos) e Italia (27 casos)
- El 20% a países americanos y de ellos Argentina es el país con más casos (20 casos), Colombia y Brasil 12 casos.
- El 2 % corresponde a países asiáticos

Gráfica 25: Porcentajes de casos de sida según continente de origen. Andalucía 1982-2008



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Durante el año 2008 se han diagnosticado 32 casos en personas de origen extranjero, que representan un 19.5% de los casos totales diagnosticados en Andalucía durante este año. De éstos, 16 son de países africanos, 8 sudamericanos y 3 europeos.

De ellos, 24 son hombres y 8 mujeres. En cuanto a la vía de transmisión tiene más peso la vía HETERO con 12 casos, siguiéndole el desconocimiento de la vía con 10 y UDVP y HOMO con 5 casos cada una. La media de edad en ambos sexos es de 36 años, siendo en hombres de 36 y en mujeres de 37.

En base a los datos demográficos publicados por el Instituto de Estadística de Andalucía se observa que la tasa de nuevos diagnósticos (incidencia) entre las personas inmigrantes es dos veces y media superior que entre las nacidas en España. Entre los hombres nacidos en el extranjero la tasa de incidencia de sida es el doble (2,16 veces mayor) que entre los nacidos en España. En cuanto a las mujeres, la tasa entre las nacidas en el extranjero es casi cuatro veces mayor (3,67 veces) que entre las nacidas en España.

La incidencia, en términos de tasas por cien mil personas inmigrantes, es muy desigual entre provincias, siendo las mayores Jaén y Huelva.

Tabla 11: Tasas de incidencia de sida por 100.000 personas

Sexo	Nacidas en España	Nacidas en el extranjero	Razón entre tasas Nacidas en el extranjero / Nacidas en España
Hombres	2,93	6,33	2,16
Mujeres	0,63	2,31	3,67
Total	1,77	4,41	2,49

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

La enfermedad indicativa principal es la tuberculosis (8 pulmonar y 8 extrapulmonar o diseminada) y le sigue la candidiasis esofágica con 5 casos.

Tabla 12: Tasas provinciales de incidencia de sida en población inmigrante 2008

Provincia	Nº de Inmigrantes 2008	Casos notificados 2008	Tasas por cien mil
Almería	131.330	11	8,38
Cádiz	42.804	1	2,34
Córdoba	21.937	0	0
Granada	58.775	2	3,4
Huelva	37.110	4	10,78
Jaén	18.572	3	16,15
Málaga	250.432	8	3,19
Sevilla	62.319	3	4,81
Andalucía	623.279	32	5,13

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

5.11. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria

En cuanto al Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDA), el número de personas con alta hospitalaria con causa 042 (CIE-9™) desde el año 1997 al 2008 se recoge en la tabla adjunta, y como se puede observar, se ha producido un descenso de un 26.15% en las personas que requieren hospitalización en relación con el año 1997.

Tabla 13: Número de altas hospitalarias y personas con causa 042 (CIE-9™), por hospitales de Andalucía 2008

PROVINCIA	HOSPITAL	ALTAS 2008	PACIENTES 2008
ALMERÍA	A.H. LA INMACULADA (HUERCAL-OVERA)	1	1
	H. de PONIENTE (EL EJIDO)	80	54
	A. H. TORRECARDENAS	138	78
CÁDIZ	A. H. JEREZ DE LA FRONTERA	148	87
	A. H. PUERTA DEL MAR	84	60
	A. H. PUERTO REAL	209	121
	A. H. CAMPO DE GIBRALTAR	244	165
CÓRDOBA	C. H. A. R. E. DE PUENTEGENIL - E. P. S. Alto Guadalquivir	1	87
	H. DE MONTILLA	1	60
	A. H. INFANTA MARGARITA (Cabra)	2	121
	A. S. NORTE DE CÓRDOBA (Pozoblanco)	2	165
	A. H. REINA SOFÍA	357	87
GRANADA	A. H. BAZA	17	12
	C. H. A. R.. E. DE GUADIX - E. P. S. de Poniente	1	
	A. H. SAN CECILIO GRANADA	73	50
	A. H. STª ANA MOTRIL	26	20
	A. H. VIRGEN DE LA NIEVES	153	106
HUELVA	A. H. INFANTA ELENA (HUELVA)	97	65
	A.H. JUAN RAMON JIMENEZ	154	89
	A. H. RIOTINTO	7	3
JAÉN	H. ALTO GUADALQUIVIR (ANDUJAR)	37	16
	C. H. CIUDAD DE JAEN	146	75
	A. H. SAN AGUSTIN (LINARES)	26	17
	A. H. SAN JUAN DE LA CRUZ (UBEDA)	16	10
MÁLAGA	A. H. ANTEQUERA	5	4
	A. H. AXARQUIA (VELEZ-MALAGA)	24	19
	C. H. A. R. E. BENALMADENA E. P. S. Costa del Sol	1	1
	A. H. CARLOS HAYA	357	220
	H. COSTA DEL SOL (MARBELLA)	146	87
	A. H. SERRANÍA DE RONDA	7	5
	A. H. VIRGEN DE LA VICTORIA	182	121
SEVILLA	A. H. SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE	11	7
	C. H. A. R. E. UTRERA E. P. S. Bajo Guadalquivir	1	1
	H. SAN SEBASTIAN (ECIJA) E. P. S. Bajo Guadalquivir	1	1
	A. H. VIRGEN MACARENA	236	141
	A. S. NTRA. SRA. MERCED (OSUNA)	21	18
	A. H. NTRA. SRA. DE VALME	127	93
ANDALUCÍA	A. H. VIRGEN L ROCIO	284	178
		3423	2445

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Elaboración: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

El número de personas hospitalizadas y la estancia media ha disminuido progresivamente en la última década. La estancia media es menor, en la mayoría de los años, en las mujeres. La media de edad ha aumentado de 33 años en 1997 a más de 42 en 2008.

Tabla 14: Número de altas hospitalarias, estancias medias, media de edad e individuos, con causa 042 (CIE-9™). 1997-2008

AÑO	SEXO	ALTAS	ESTANCIA MEDIA	EDAD MEDIA	PACIENTES
1997	Hombres	3767	15.44	35.12	2425
	Mujeres	1045	11.77	26.74	587
	Totales	4813	14.64	33.30	3012
1998	Hombres	3362	14.45	34.39	2093
	Mujeres	927	11.66	28.72	552
	Totales	4291	13.86	33.15	2645
1999	Hombres	3388	13.00	36.15	2123
	Mujeres	987	13.02	30.95	589
	Totales	4377	13.01	34.98	2712
2000	Hombres	3302	13.48	36.84	2088
	Mujeres	983	11.96	33.02	603
	Totales	4286	13.13	35.73	2691
2001	Hombres	3148	12.98	37.57	1944
	Mujeres	850	12.53	33.36	538
	Totales	3999	12.89	36.67	2482
2002	Hombres	2881	13.16	38.35	1911
	Mujeres	847	12.27	34.26	566
	Totales	3731	12.95	37.42	2477
2003	Hombres	2806	13.53	39.20	1867
	Mujeres	812	12.36	35.46	533
	Totales	3623	13.27	38.37	2400
2004	Hombres	2694	13.78	40.32	1815
	Mujeres	807	13.20	37.22	554
	Totales	3502	13.65	39.61	2369
2005	Hombres	2633	13.32	41.49	1776
	Mujeres	860	13.21	38.32	573
	Totales	3493	13.29	40.71	2349
2006	Hombres	2782	13.16	41.80	1771
	Mujeres	857	13.02	38.00	549
	Totales	3639	13.13	40.91	2320
2007	Hombres	2717	12.90	42.37	1708
	Mujeres	836	13.37	39.11	522
	Totales	3553	13.01	41.60	2230
2008	Hombres	2540	12.50	43.40	1586
	Mujeres	880	12.20	39.66	552
	Totales	3423	12.43	42.44	2138

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Dispensación de antirretrovirales

La dispensación global de medicamentos antrirretrovirales en pacientes ambulatorios o de consultas externas de los hospitales del SAS y empresas públicas, durante el año 2.008, sin incluir el gasto de los pacientes ingresados, ascendió a 84.107.332,6 euros, el consumo medio mensual por dispensación fue de 737 euros.

El número medio estimado de pacientes en tratamiento, atendidos mensualmente en los Servicios de Farmacia, es de 9.499. Hay que puntualizar que estos 9.499 pacientes en tratamiento pueden ser tanto con VIH+ como personas con sida.

El número de pacientes en tratamiento no sólo sirve para calcular las cargas de trabajo y los costes; también, si se le suma un 30% aproximado de personas que desconocen que están infectadas, se puede estimar la prevalencia de infección. En Andalucía sería de 12.349 personas (tasa de prevalencia de infección 1,505 por mil personas)

Tabla 15: Dispensación de antirretrovirales dispensados a pacientes externos en hospitales del S.A.S. y empresas públicas. Año 2008

PROVINCIA	HOSPITAL	CONSUMO (€)	DISPENSACIONES EFECTUADAS **	COSTE MEDIO POR DISPENSACIÓN **	Nº MEDIO ESTIMADO DE PACIENTES	Nº DE PACIENTES
ALMERÍA	H. LA INMACULADA H.TORRECARDENAS E.E.P.P.H.Poniente *	725,7	1	725,7	1	561
		3.401,645,1	4,610	737,8	384	
		1.439,115		681,7	176	
CÁDIZ	H. JEREZ DE LA FTRA. H. LA LINEA H. PUERTA DEL MAR H. PUERTO REAL H. PUNTA DE EUROPA	3.681,513,4	4,065	905,7	339	1.764
		2.280,142,5	3,055	746,4	255	
		3.854,110,2	4,691	821,6	391	
		4.042,247,0	5,594	722,6	466	
		2.570,023,0	3,765	682,6	314	
CÓRDOBA	H. INFANTA MARGARITA H. REINA SOFIA E. E. P. P. H. Alto Guadalupe *	95,544,0	129	737,8	11	1,011
		6.904,243,0	11,390	606,2	949	
		477,308		779,8	51	
GRANADA	H. BAZA H. MOTRIL H. SAN CECILIO H. VIRGEN DE LAS NIEVES	228,082,2	315	724,1	26	650
		1.147,326,9	1,326	865,3	111	
		1.739,040,2	2,357	737,8	196	
		2.809,185,3	3,807	737,8	317	
HUELVA	H. INFANTA ELENA H. JUAN RAMON JIMENEZ	1.533,506,4	1,810	847,2	151	558
		4.063,349,9	4,878	833,0	407	
JAÉN	COMPLEJO H. DE JAEN H. SAN AGUSTIN H. SAN JUAN DE LA CRUZ	1,656,470,1	2,153	769,4	179	284
		529,798,8	754	702,7	63	
		386,427,0	501	771,3	42	
MÁLAGA	H. ANTEQUERA H. AXARQUIA H. CARLOS HAYA H. SERRANIA DE RONDA H. VIRGEN DE LA VICTORIA E. E. P. P. H. Costa del Sol*	291,182,1	395	737,8	33	2.265
		917,274,1	1,148	799,0	96	
		8.926,678,8	12,884	692,8	1,074	
		291,140,9	396	735,2	33	
		5.778,750,4	7,689	751,6	641	
		3.554,432		712,3	389	
SEVILLA	H. OSUNA H. VALME H. VIRGEN DEL ROCIO H. VIRGEN MACARENA	442,157,6	611	723,7	51	2.406
		4.322,342,0	5,917	730,5	493	
		12,064,695,0	16,076	750,5	1,340	
		4.678,876,0	6,264	746,9	522	
TOTAL		84,107,332,6	106,582**	737,8	9,499	9,499

(*)Empresas públicas.
(**)No hay datos de dispensaciones efectuadas en empresas públicas.
NOTA: 9499 es un número teórico estimado de pacientes en tratamiento con antirretrovirales (los que han recogido medicamentos para tratamientos completos durante el período enero-diciembre del año 2008) EN HOSPITALES DEL SAS Y EMPRESAS PÚBLICAS.

5.12. Conclusiones del análisis epidemiológico de sida.

1. Hasta octubre de 2009 se han declarado al Registro andaluz de sida 164 casos correspondientes a diagnósticos del año 2008, que supone una tasa de incidencia de 19.99 casos por millón. Con los datos actuales y en relación con 2007 (217) hay un descenso del 24.42% en el número de casos, si bien los datos el 2008 aún tienen que consolidarse.
2. La distribución por sexos es de cuatro hombres por una mujer.
3. Se sigue observando un incremento de la media de edad al diagnóstico tanto en hombres como en mujeres, siendo en mujeres la media de edad inferior a los hombres en toda la epidemia. Al aumento de edad ha contribuido la efectividad y la especificidad de los nuevos tratamientos administrados a portadores del VIH, retrasando la edad de aparición del sida. En 2008, la media de edad de los hombres diagnosticados sobrepasa los 41 años y en las mujeres es de 38 años.
4. El 22.39% de los diagnósticos corresponden a tuberculosis, incluyendo la forma extrapulmonar y la pulmonar, siguiéndole el síndrome caquético por VIH con un 9.27%
5. Por categorías de transmisión, analizamos la frecuencia relativa y número de casos, del año 2008.
 - UDVP: sigue siendo la categoría de transmisión más frecuente representando un 48.8% (80 casos) del total de casos diagnosticados.
 - HETERO: representa un 23.2% (38 casos) del total de casos.
 - HOMO: esta categoría representa un 13.41% (22 casos) de los diagnósticos.
 - HMR: durante el año 2008 se ha declarado 1 caso incidente por transmisión vertical.
6. La mortalidad recogida en el Registro Andaluz de Casos de Sida desde el comienzo de la epidemia en 1983 hasta octubre de 2009 es de un 61.7%, 6942 casos. En el año 2008, de los 164 casos diagnosticados han fallecido 34 casos que representa un 20.7% de los casos.
7. La prevalencia de la enfermedad según datos del Registro andaluz de casos de sida es de 4304 enfermos de sida en Andalucía. (Tasa de prevalencia de sida 0,52 por mil)
8. La prevalencia de infección estimada es 12.349 personas (Tasa de prevalencia de infección por VIH 1,5 por mil)
9. La carga asistencial que supuso el sida en 2008, medida en las altas hospitalarias recogidas en el CMBD, es de 3423 altas hospitalarias con una estancia media por paciente de 12.43 días. Sin contabilizar los reingresos, estas altas corresponden a 2138 personas con sida que han sido dados de alta en los centros hospitalarios andaluces.
10. El consumo de antirretrovirales en 2008 asciende a 84.107.332 euros, con una estimación de 9.499 pacientes en tratamiento, que incluye tanto enfermos de sida como con infección por VIH.

11. Los distritos sanitarios con mayores tasas de incidencia en 2008 son: D. Málaga con 5.57 casos por cien mil, a continuación D. Poniente de Almería con 4.65, le sigue D. Granada con 4.53.
12. En cuanto a las personas de otro país de origen en Andalucía representan el 19.5% de los casos nuevos (32 casos). Esta cifra es dos veces y media mayor que el peso demográfico de las personas inmigrantes suponen en Andalucía (7,59% de la población) por lo que la tasa de incidencia de sida entre las personas inmigrantes es dos veces y media superior que entre las nacidas en España. Entre los hombres nacidos en el extranjero la tasa es el doble (2,16 veces mayor) que entre los nacidos en España. En cuanto a las mujeres, la tasa entre las nacidas en el extranjero es casi cuatro veces (3,67 veces mayor) que entre las nacidas en España.

5.12. Análisis epidemiológico de las ITS.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan siendo un importante motivo de preocupación en el ámbito de la salud pública a nivel mundial, según se desprende del Proyecto de Estrategia Mundial de Prevención y Control para este grupo de enfermedades, acordada en mayo de 2006 en la 59^{ta} Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las ITS son un problema de salud pública importante en el mundo tanto por su incidencia y prevalencia como por sus complicaciones y secuelas (enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico...) si no se realizan un diagnóstico y un tratamiento precoces.

Aparte de la importancia de las ITS por sí mismas, éstas pueden favorecer la transmisión de la infección por VIH, un estudio que recoge la OMS estima que la mejora del manejo de las ITS lleva aparejada la reducción de la incidencia de VIH-1 en alrededor de un 40% si bien la evidencia es limitada y parece que un efecto tan elevado sólo se da en circunstancias de epidemia emergente.

De todas las ITS que existen, sólo algunas están sometidas a vigilancia epidemiológica por su mayor trascendencia desde el punto de vista de la salud pública, son: la sífilis, la gonorrea, la infección por clamidia y el herpes genital.

Descripción de las enfermedades

La infección por VIH-sida ha estado tan presente en los últimos años en la sociedad que pueden darse por conocidas sus características: un periodo largo de infección asintomática en el que hay un progresivo deterioro del sistema inmunitario y un periodo en el que aparecen numerosas infecciones por la debilidad inmunitaria (tuberculosis, neumonías, infecciones por hongos...) y algunos tipos de tumores. Sin embargo las otras ITS no son tan conocidas hoy día por lo que puede ser conveniente una breve descripción.

1. Sífilis

Es una enfermedad causada por un tipo de bacteria, la espiroqueta *Treponema Pallidum*, que afecta a todo el organismo de forma compleja y que tiene manifestaciones clínicas muy variables. Su evolución es por fases, siendo así la forma típica:

- Un periodo de incubación de 2 a 6 semanas
- Un estadio primario caracterizado por una lesión cutánea no dolorosa, conocida como chancro, en el lugar de entrada de la inoculación (pene, vulva, cervix, boca, faringe, ano), que suele acompañarse de adenopatía en la zona y bacteriemia temprana. Dura alrededor de 30-45 días
- Un estadio secundario florido, diseminado o bacteriémico, acompañado de exantema cutáneo generalizado, lesiones mucocutáneas, adenopatías y hallazgos clínicos variables. Se presenta meses después y dura de 3 a 6 meses.
- Un periodo de infección subclínico o sin síntomas, detectable por pruebas serológicas, denominado sífilis latente

- Un periodo terciario o tardío caracterizado por una enfermedad progresiva que afecta a la aorta ascendente, al sistema nervioso central y a veces a otras partes del cuerpo, incluyendo afectación oftalmológica o auditiva, con el desarrollo de una lesión granulomatosa característica llamada goma.

Habitualmente la enfermedad se adquiere por contacto con las lesiones y secreciones de éstas. Puede transmitirse al bebé en el embarazo a través de la placenta o en el parto por una lesión en la vagina. La transmisión por transfusiones sería posible si no se hicieran los controles que hoy día se llevan a cabo sistemáticamente.

El diagnóstico se hace por pruebas serológicas cuando existe sospecha por algún motivo, por ejemplo por tener una lesión cutánea o mucosa o tener otra ITS.

2. Gonorrea

Es una infección causada por una bacteria que se llama *Neisseria Gonorrhoeae* que se adquiere por contacto con el pene, la vagina, la boca o el ano de una persona que tiene la infección en esa zona, la cual puede no ser perceptible. Los bebés pueden infectarse en un parto vaginal.

El riesgo de que se transmita a un hombre en una relación con una mujer infectada con penetración vaginal sin condón se ha estimado en un 20% por cada ocasión y se eleva al 60-80% después de cuatro o más exposiciones. El riesgo de transmisión del varón a la mujer ha sido menos estudiado pero probablemente se aproxime al 50 ñ 70% por contacto. La probabilidad de transmisión por otras vías no ha sido bien cuantificada.

El período de incubación es breve, generalmente entre 2 y 7 días. Tras éste pueden aparecer los síntomas. En los hombres los más comunes son el ardor y el dolor al orinar y la secreción uretral blanco amarillenta. Entre las mujeres una sensación de dolor o ardor al orinar, aumento del flujo vaginal y secreción sanguinolenta vaginal entre períodos. La infección rectal puede producir sensación de hormigueo o picazón, dolor al defecar y sangrado rectal. La infección faríngea puede dar lugar a dolor al tragar y enrojecimiento de la faringe y de las amígdalas. En todos los casos es frecuente que no haya ningún síntoma. Pasado un tiempo pueden presentarse numerosas complicaciones, como la enfermedad pélvica inflamatoria en las mujeres, le epididimitis en los hombres, perihepatitis, infección gonocócica diseminada, abortos espontáneos, partos prematuros o mortalidad perinatal del lactante.

El diagnóstico se hace principalmente con muestras de orina o de secreción de las zonas donde puede haber infección (cuello uterino, uretra, recto o garganta).

La infección no deja inmunidad, es decir la persona puede sufrirla más de una vez.

3. Infección por clamidia

La produce la bacteria "*Chlamydia Trachomatis*" y es una ITS muy frecuente, en algunos lugares como los EE.UU.AA. es la ITS más frecuente. Se transmite por el sexo oral, anal y vaginal y en el nacimiento al pasar el bebé por la vagina de una mujer infectada.

Se trata de una infección silenciosa en las tres cuartas partes de las mujeres y la mitad de los hombres. Cuando hay síntomas estos consisten, en las mujeres, en flujo vaginal anormal o sensación de ardor al orinar o, a veces, dolor en la parte inferior

del vientre, dolor de espalda, náusea, fiebre, dolor durante las relaciones sexuales o sangrado entre los períodos menstruales. En los hombres puede darse secreción del pene o una sensación de ardor al orinar; también pueden sufrir de ardor y picazón alrededor de la abertura del pene. La infección en el recto puede causar dolor, secreciones o sangrado.

Si la infección avanza puede ocasionar en las mujeres enfermedad pélvica inflamatoria y lesión permanente en el útero y los tejidos circundantes, con el resultado de dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico. Entre los hombres las complicaciones (epididimitis, esterilidad) son poco frecuentes pero pueden ser los causantes de reinfecciones en las mujeres si no se estudian. Aunque en raras ocasiones la infección por clamidias da lugar a artritis y espondiloartritis, su alta prevalencia aconseja que se deba pensar en esta infección al hacer los diagnósticos. En los recién nacidos la infección por clamidias puede ser en forma de neumonía y de conjuntivitis.

Para el diagnóstico se emplea la orina o, a veces, las secreciones de las zonas donde puede haber infección (pene, cuello uterino). Se recomienda que las mujeres sexualmente activas menores de 25 años, con nueva pareja sexual o múltiples parejas sexuales se realicen la prueba de detección anualmente. Todas las mujeres embarazadas deben hacerse una prueba de detección de la clamidia.

4. Infección por herpes.

Los virus del herpes simple tienen una distribución universal y parece que los humanos somos el único reservorio natural. Los anticuerpos frente a los virus del tipo 2 del herpes simple (VHS-2), que son los que causan la mayoría de los herpes genitales, aparecen de manera rutinaria en la pubertad y su mayor presencia se correlaciona con la actividad sexual pasada de la persona en cuestión y la de sus parejas. Es bastante conocido que la concentración de anticuerpos del VHS-2 se encuentra muy relacionada con el número de parejas sexuales a lo largo de la vida, la edad de inicio de la actividad sexual y los antecedentes de otras ITS.

La mayoría de las personas infectadas por el VHS-1 o VHS-2 no presentan signos ni síntomas de la infección o presentan síntomas mínimos. Cuando se manifiestan los signos, usualmente lo hacen en forma de una o más ampollas en la boca o los labios (VHS-1) o en los genitales, el recto o alrededor de los mismos (VHS-2 principalmente) que dejan una ulcerita dolorosa durante 2 a 4 semanas. Estos signos se suelen repetir en el tiempo, generalmente con menos intensidad.

Las mujeres tienen mayores tasas de prevalencia de VHS-2 que los varones, lo cual se pone en relación con la mayor facilidad de que el varón transmita la infección a la mujer que viceversa.

Resulta complicado estimar la proporción de la incidencia de la infección por el VHS. En estudios prospectivos realizados en poblaciones sexualmente activas, tales como mujeres embarazadas y personas que acuden a clínicas de ITS, la proporción de seroconversión del VHS-1 era del 1-4% por cada 100 persona-año y para el VHS-2 del 2-6%.

Las diferencias entre los estudios prospectivos y retrospectivos sugieren que muchos contagios son sólo levemente sintomáticos y no llevan a las personas a acudir a recibir atención sanitaria. Muchas de las personas que contraen la infección genital de forma subclínica presentan reactivación sintomática en el seguimiento.

Situación Mundial, en Europa y en España

Según la OMS, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas por VIH, son extremadamente frecuentes en muchos países en vías de desarrollo, especialmente en el África subsahariana. Siguiendo a los revisores de la Colaboración Cochrane que colaboran con la OMS, se calcula que en 1999 se produjeron 340 millones de casos nuevos, incluyendo sífilis, gonorrea, infección por clamidia y tricomoniasis⁴. Además los revisores mencionan que, según ONUSIDA, más del 95% de los 40 millones de personas infectadas por VIH vivía en países en desarrollo en el año 2003. En algunas regiones de África (Botswana por ejemplo), entre el 40% y el 50% de las mujeres que asisten a dispensarios de control prenatal son VIH positivas. En estudios realizados en Kisumu, Kenia, y Ndola, Zambia, se registraron tasas de prevalencia en torno al 32% en mujeres en edad reproductiva. En otras regiones las cifras son relativamente bajas como en Yaundé, Camerún, donde la prevalencia es de sólo el 8% de las mujeres en edad reproductiva. Esto constituye sólo un apunte para hacerse una idea del importante problema de salud que son las ITS en el mundo, en los países en vías de desarrollo especialmente y en el África subsahariana en particular.

Europa

El Centro Europeo para el Control y la Prevención de Enfermedades (ECDC) mantiene diversos sistemas de vigilancia de enfermedades, uno de ellos cubre las ITS y las hepatitis virales⁵ e incluye: clamidia, gonorrea, syphilis, hepatitis B, hepatitis C, HIV/AIDS. En su informe de 2008 el ECDC publicó un informe del que se extraen los siguientes datos:

Tabla 16: Datos sobre ITS ECDC 2008

Enfermedad	Tendencia General (10 años)	Incidencia en la UE por 100000 habitantes (2006)	Grupo de edad más afectado (2006)
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	↑	91,9	15-24
Gonorrea	↔	8,9	25-44
Hepatitis B	↓	1,7	25-44
Hepatitis C	↑	6,7	25-44
HIV	↑	6	25-44
SIDA	↓	1,4	25-44
Sífilis	↔	3,9	25-44

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Además en el año 2006 se describió en Suecia una variante de clamidia que no era detectada por los sistemas habitualmente empleados en los laboratorios. Ello condujo al establecimiento de una investigación que permitió aclarar que esta nueva variante estaba confinada a Suecia.

Con respecto a la gonorrea, en 2006 se comunicaron 30534 casos de infección por gonococo en un total de 27 países, lo que supone para el conjunto una tasa de 8.9/100.000 habitantes. Del informe se desprende que se declaran más casos en varones (76%!) y en edades superiores a los 25 años, pudiendo existir un sesgo de género en la atención sanitaria unido a una mayor facilidad del diagnóstico en varones. Además, en los últimos años se ha observado un incremento de esta enfermedad entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. En las mujeres llama la atención que hasta en un 67.8% de los casos la enfermedad era inferior a los 25 años.

Sobre la sífilis, en 2006, se informaron 18642 casos en 28 estados miembros, lo que supone una tasa de 3.9/100.000 habitantes. Se observa que afecta más a personas con edades entre los 25 y los 44 años pero la notificación es proporcionalmente mayor en edades entre los 15 y los 24 años. Las tasas más altas se dieron en Rumanía (26.2/100.000), Lituania (21/100.000) y Estonia (9.3/100.000). Un 72% de los casos respondían a varones.

En términos generales se ha observado un incremento de las ITS en los países de Europa Central y Europa del Este.

España

En España la información la recoge el Sistema de Información Microbiológica (SIM) del Centro Nacional de Epidemiología. En los datos de este sistema se observa que el número de casos de sífilis comunicados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica muestra un continuado ascenso (1936 casos en 2007 frente a 1711 en 2006), con la tasa más reciente de 4.38/100.000 habitantes. Las comunidades que presentan tasas más altas son: Canarias con 11.93 casos/100.000 y Baleares con 7.29/100.000. A nivel nacional se recogieron 19 casos de sífilis congénita en 2007.

La infección gonocócica también muestra un aumento en 2007 respecto a 2006 (1698 casos frente a 1423), pasando de una tasa de 3.25/100.000 a 3.84/100.000. Localizándose las tasas más altas de casos declarados en Navarra (11.56/100.000), Canarias (8.21), Cantabria (6.79) y Comunidad Valenciana (6.50).

La declaración de la infección por Clamidia ha aumentado escasamente: 219 casos en 2007 frente a 139 en 2006.

Situación en Andalucía

Sistemas de Información.

En Andalucía coexisten tres sistemas de información con los que se puede seguir la situación de las ITS desde diferentes procedimientos.

1. RedAlerta.

Se trata de un sistema de información para las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y otras alerta de Salud Pública de la Consejería de Salud. A esta aplicación se accede desde las unidades de medicina preventiva de los hospitales, los distritos de atención primaria, las delegaciones provinciales y los servicios centrales del SAS. Actualmente existen 600 usuarios, de los cuales 200 hacen uso intensivo de ella. Esta aplicación está activa desde 2003, si bien previamente existía otro sistema informático que recogía este tipo de información desde 1997.

2. SIMAN

Es un sistema de información de la Consejería de Salud que recoge las características de los agentes etiológicos circulantes detectados por los laboratorios de microbiología. Participan siete laboratorios, que graban en una aplicación los aislamientos de microorganismos acordados en el protocolo de actuación y enviándolos semanalmente a la Consejería.

3. C.M.B.D.: Conjunto mínimo básico de datos.

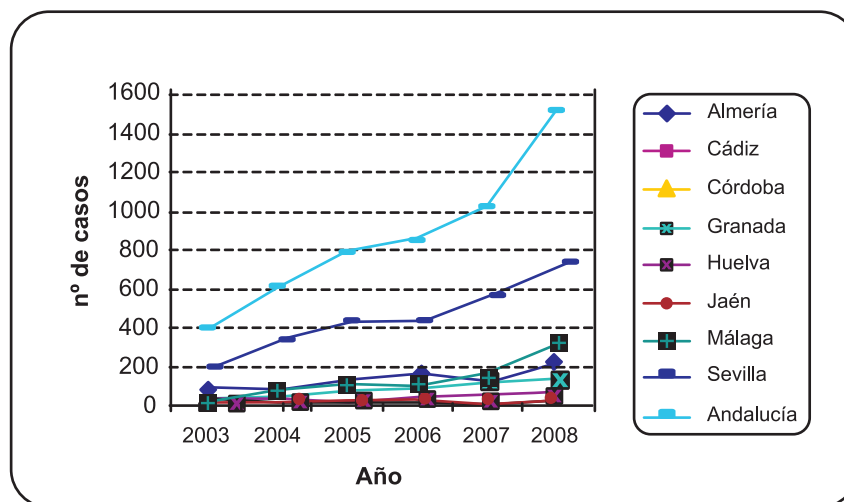
Este sistema de información recoge un conjunto de variables relacionadas con el proceso de hospitalización y de alta. Las enfermedades que causan el ingreso y algunas intervenciones diagnósticas y terapéuticas se codifican siguiendo la clasificación CIE-9 y ocupan varios campos, según se trate de cuestiones principales o secundarias. Recoge también unos datos administrativos básicos y los relacionados con la institución hospitalaria donde se produce el ingreso.

A través de RedAlerta tenemos información de los casos declarados de Sífilis, gonorrea, infección por clamidias y herpes genital. SIMAN El C.M.B.D. Es la principal fuente de información de casos de afectación neonatal: sífilis congénita

1. Conjunto de ITS bajo vigilancia en Andalucía.

Tal y como se muestra en el gráfico 26, las ITS declaradas se vienen incrementando año por año en nuestra comunidad autónoma.

Gráfica 26: Evolución ITS en Andalucía 2003-2008



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Tabla 17: Casos declarados en RedAlerta

En la tabla 17 se recogen el total de casos declarados en RedAlerta en el año 2008 por provincias.

Año 2008	Nº casos ITS	%
Almería	216	14.20
Cádiz	57	3.75
Córdoba	27	1.78
Granada	133	8.74
Huelva	26	1.71
Jaén	6	0.39
Málaga	324	21.30
Sevilla	732	48.13
Andalucía	1521	100.00

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

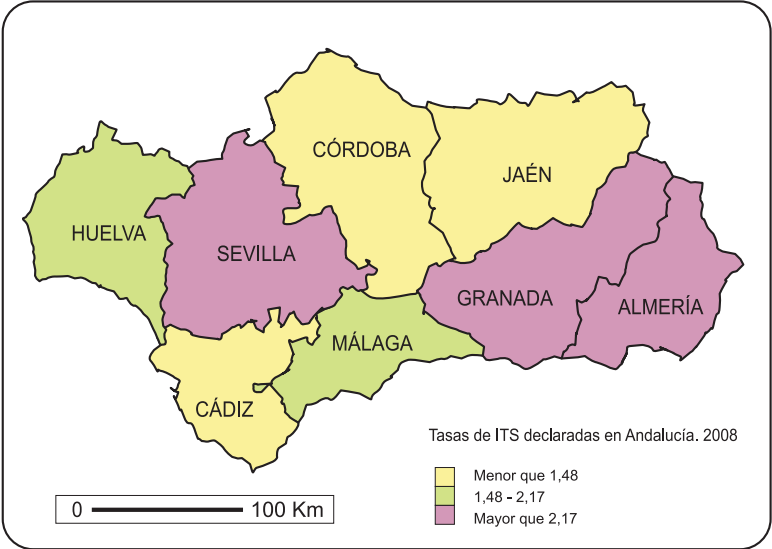
En la siguiente tabla se recogen los mismos datos en forma de tasas brutas por 100.000 habitantes

Tabla 18: Tasa bruta de ITS declarada en Redalerta

2008	
Provincia	Tasa
Almería	5,39
Cádiz	1,47
Córdoba	1,38
Granada	5,77
Huelva	2,17
Jaén	0,45
Málaga	2,05
Sevilla	6,98
Andalucía	3,63

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 27: Representación gráfica de las tasas de ITS en Andalucía.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Desagregando por enfermedades y por provincias, los datos de 2008 quedan alojados en la tabla 19

Tabla 19: Enfermedades EDO según provincias

Año 2008	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Total
Herpes Genital	3	11	0	11	1	1	27	97	151
Infección genital por <i>Chlamydia Trachomatis</i>	0	2	0	1	7	0	153	326	489
Infección Gonocócica	36	18	11	52	11	3	32	131	294
Sífilis	177	26	16	69	7	2	112	178	587
Total	216	57	27	133	26	6	324	732	1521

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Como puede observarse, la sífilis es la ITS que más se ha declarado en ese año, seguida por la infección genital por clamidia. La tabla 20, contiene los porcentajes de declaraciones por cada enfermedad

Tabla 20: Casos y frecuencia de enfermedades EDO

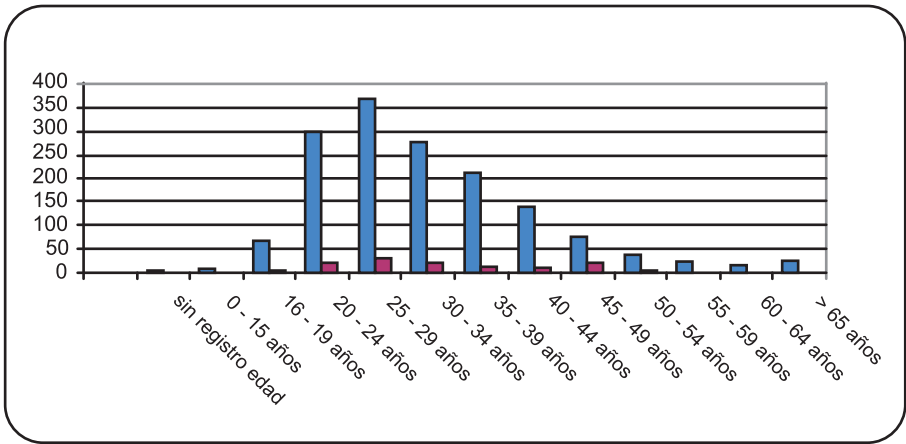
Año 2008	Nº de casos	Frecuencia
Herpes genital	151	9.93
Infección genital por <i>Chlamydia Trachomatis</i>	489	32.15
Infección Gonocócica	294	19.33
Sífilis	587	38.59
Total general	1521	100.00

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Análisis de Situación

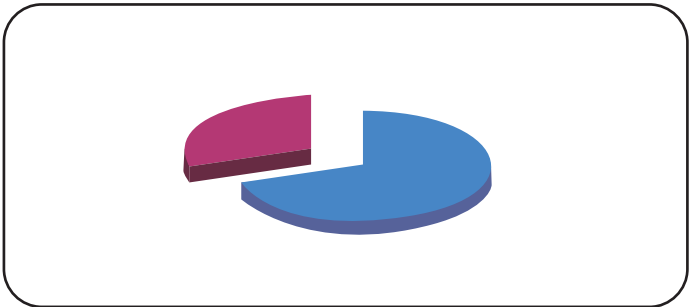
Con respecto a la edad, el tramo más frecuente es el de las personas entre 25 y 29 años y con respecto al sexo, las declaraciones son más frecuentes en hombres (70%) que en mujeres (30%)

Gráfica 28: Representación gráfica de las tasas de ITS en Andalucía.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

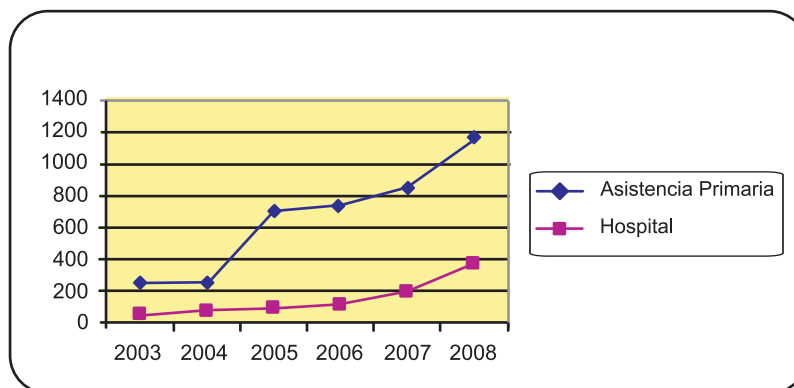
Gráfica 29: Representación gráfica de las tasas de ITS en Andalucía.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Considerando la procedencia de la declaración, la Atención Primaria de salud sigue siendo el ámbito que lleva a cabo el mayor número de declaraciones.

Gráfica 30: Comparativa de declaraciones en asistencia primaria y hospital.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En la tabla 21, puede verse la evolución ascendente de las declaraciones de cada una de estas cuatro ITS, en el periodo 2003-2008

Tabla 21: Casos y frecuencia de enfermedades EDO

Año	SÍFILIS	GONOCOCIA	CHLAMYDIA	HERPES
2003	147	120	71	54
2004	218	154	139	91
2005	255	230	195	112
2006	325	212	213	102
2007	429	213	258	113
2008	587	294	489	151

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

2. Sífilis

La sífilis ha sido la ITS que ha experimentado el mayor aumento de declaraciones a lo largo del periodo 2003-2008

Tabla 22: Distribución de la sífilis en Andalucía 2003-2008

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Almería	30	60	73	106	96	117
Cádiz	16	17	15	21	17	26
Córdoba	3	5	4	2	9	16
Granada	19	14	29	36	61	69
Huelva	4	3	2	4	2	7
Jaén	5	6	4	10	2	2
Málaga	19	40	49	53	90	112
Sevilla	51	73	79	93	152	178
Andalucía	147	218	255	325	429	597

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En la siguiente tabla se recogen los casos de sífilis y las tasas por 100.000 habitantes por provincia y año:

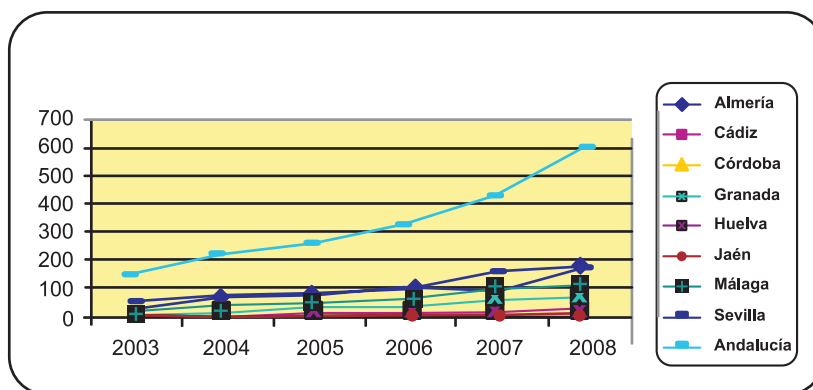
Tabla 23: Casos de sífilis y tasas por 100.000 habitantes

	2005		2006		2007		2008	
	nº	Tasa	nº	Tasa	nº	Tasa	nº	Tasa
Almería	73	11.92	106	16.67	96	14.85	177	26.51
Cádiz	15	1.27	21	1.76	17	1.41	26	2.13
Córdoba	4	0.51	2	0.25	9	1.14	16	2.00
Granada	29	3.37	36	4.11	61	6.90	69	7.66
Huelva	2	0.41	4	0.81	2	0.40	7	1.38
Jaén	4	0.61	10	1.51	2	0.30	2	0.30
Málaga	49	3.37	53	3.55	90	5.93	112	7.16
Sevilla	79	4.36	93	5.07	152	8.22	178	9.49
Andalucía	255	3.25	325	4.07	429	5.32	597	7.28

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

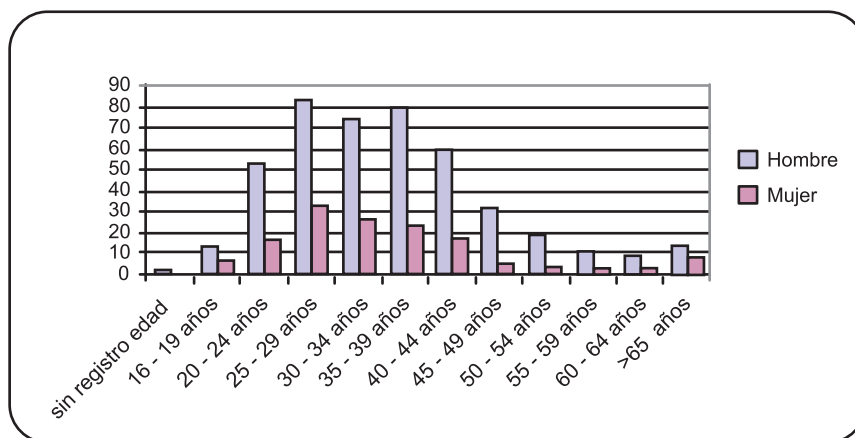
Entre las declaraciones de sífilis predominan los varones (76%) sobre las mujeres (24%) y existe un mayor número de casos en el intervalo de edad entre 25 y 29 años.

Gráfica 31: Distribución de sífilis en Andalucía 2003-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

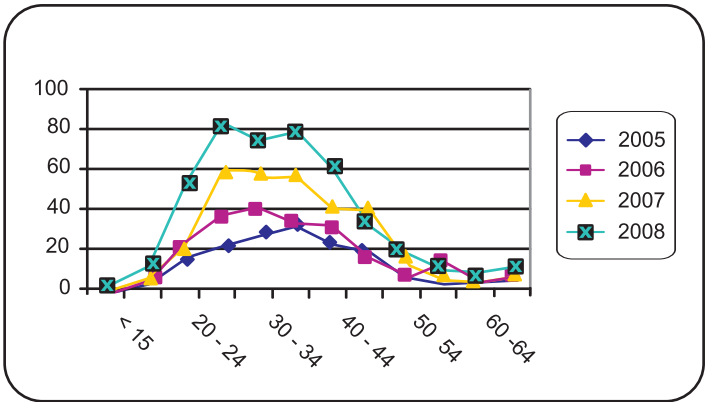
Gráfica 32: Distribución de casos de sífilis por edad y sexo. Año 2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

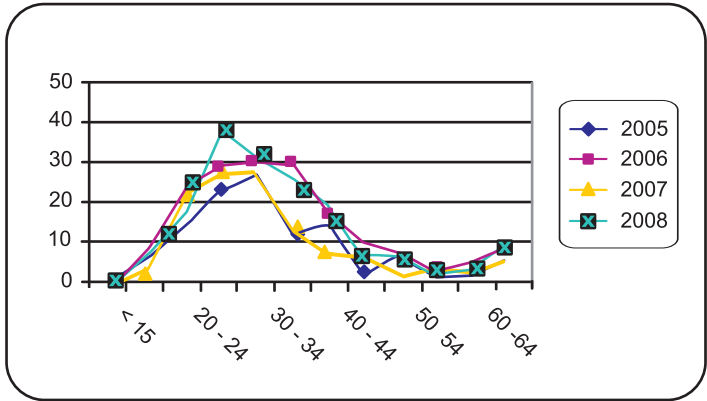
En las gráficas siguientes se puede observar la distribución por edades de 2005 a 2008 para varones y mujeres

Gráfica 33: Distribución de casos de sífilis en hombres. 2005-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 34: Distribución de casos de sífilis en mujeres. 2005-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Sífilis congénita

Al valorar la sífilis congénita hay que tener en cuenta que su diagnóstico es difícil, ya que requiere el diagnóstico tanto en la niña o el niño recién nacido como en la madre. En este caso la información el CMBD resulta especialmente valiosa.

Los datos que recoge RedAlerta por año y provincia, incluyendo casos confirmados, probables y sospechosos son los siguientes:

Tabla 24: Sífilis congénitas declaradas según provincia. 2003-2008

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	TOTAL
2003	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2004	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2005	0	0	0	2	0	2	0	0	4
2006	0	0	1	0	0	0	0	1	2
2007	0	0	1	0	0	0	0	1	2
2008	0	0	0	1	0	0	2	0	3
TOTAL	0	0	2	3	0	2	2	3	12

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En la siguiente tabla se distinguen los casos confirmados, probables y sospechosos habidos en las provincias con casos en todo el periodo.

Tabla 25: Sífilis congénitas declaradas según diagnóstico. 2003-2008

	Confirmado		Probable		Sospecha	
	nº casos	Frecuencia	nº casos	Frecuencia	nº casos	Frecuencia
Córdoba	2	22.22	0	0.00	0	0.00
Granada	2	22.22	1	100.00	0	0.00
Jaén	1	11.11	0	0.00	1	50.00
Málaga	1	11.11	0	0.00	1	50.00
Sevilla	3	33.33	0	0.00	0	0.00
TOTAL	9	100.00	1	100.00	2	100.00

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

A través del CMBD conocemos la existencia de 13 casos de sífilis congénita de los cuales 7 fueron varones y 6 mujeres. Su distribución provincial se recoge en la siguiente tabla

Tabla 26: Distribución prenatal de los casos de sífilis congénita declarada en CMBD. 2005-2007

Provincias	Año 2005		Año 2006		Año 2007	
	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Almería	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Cádiz	2	33,33	2	22,22	1	0,00
Córdoba	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Granada	2	33,33	2	22,22	1	0,00
Huelva	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Jaén	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Málaga	1	16,67	2	22,22	1	46,15
Sevilla	1	16,67	2	22,22	1	46,15
No registrada	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Otra Provincia	0	0,00	1	11,11	1	7,69
Total Andalucía	6	100	9	100	13	100

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

3. Gonococia

Las declaraciones de la enfermedad gonocócica también han experimentado un ascenso, si bien menos acentuado que el de la sífilis

Tabla 27: Distribución de la enfermedad gonocócica en Andalucía. 2003-2008

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Almería	47	15	41	43	14	36
Cádiz	12	6	3	10	14	18
Córdoba	5	2	4	1	6	11
Granada	7	15	17	34	40	52
Huelva	4	6	5	2	2	11
Jaén	0	1	0	2	2	3
Málaga	4	10	17	19	16	32
Sevilla	41	99	143	101	119	131
Andalucía	120	154	230	212	213	298

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En la siguiente tabla se expone la distribución de casos de enfermedad gonocócica y las tasas por 100.000 habitantes de cada provincia en el periodo 2005-2008

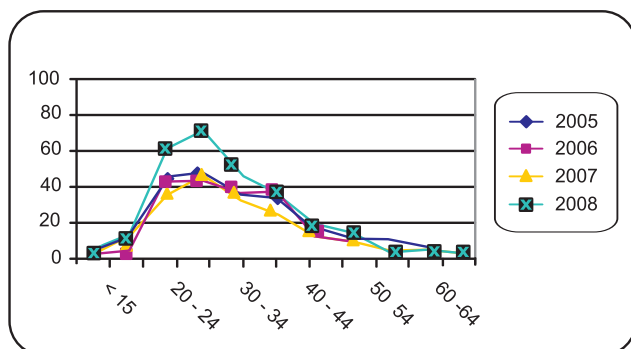
Tabla 28: Casos y tasa de enfermedad gonocócica

	2005		2006		2007		2008	
	nº	Tasa	nº	Tasa	nº	Tasa	nº	Tasa
Almería	41	6.70	43	6.76	14	2.16	36	5.39
Cádiz	3	0.25	10	0.84	14	1.16	18	1.47
Córdoba	4	0.51	1	0.13	6	0.76	11	1.38
Granada	17	1.97	34	3.88	40	4.52	52	5.77
Huelva	5	1.03	2	0.41	2	0.40	11	2.17
Jaén	0	0.00	2	0.30	2	0.30	3	0.45
Málaga	17	1.17	19	1.27	16	1.05	32	2.05
Sevilla	143	7.88	101	5.50	119	6.43	131	6.98
Andalucía	230	2.93	212	2.66	213	2.64	298	3.63

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

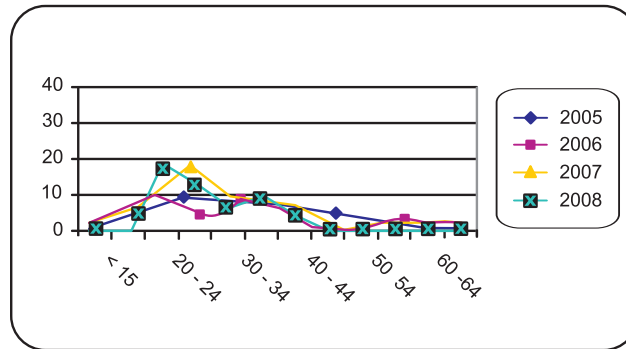
La distribución por edades en ambos sexos se muestra en las siguientes figuras.

Gráfica 35: Distribución de la enfermedad gonocócica en hombres. 2005-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 36: Distribución de la enfermedad gonocócica en mujeres. 2005-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

4. Infección por Clamidia

En la tabla 29 se recoge la distribución de las declaraciones de infección por clamidia por provincia y año y en la tabla 29 las tasas correspondientes desde 2005

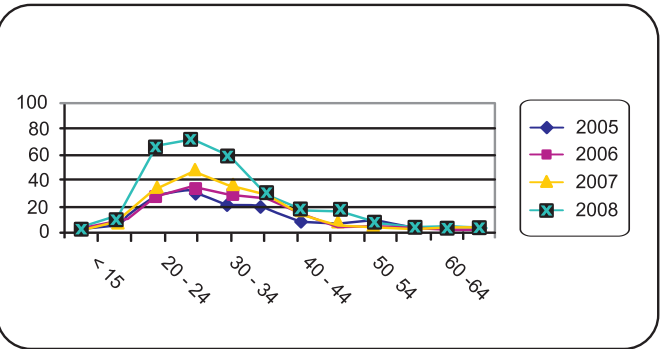
Tabla 29:Distribución de la infección por clamidia. 2003-2008

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Almería	1	0	1	2	1	0
Cádiz	1	0	0	2	0	2
Córdoba	2	1	2	0	0	0
Granada	0	0	0	0	1	1
Huelva	0	1	1	6	1	7
Jaén	0	0	0	0	0	0
Málaga	0	40	37	18	31	153
Sevilla	67	97	154	185	224	326
Andalucía	71	139	195	213	258	491

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

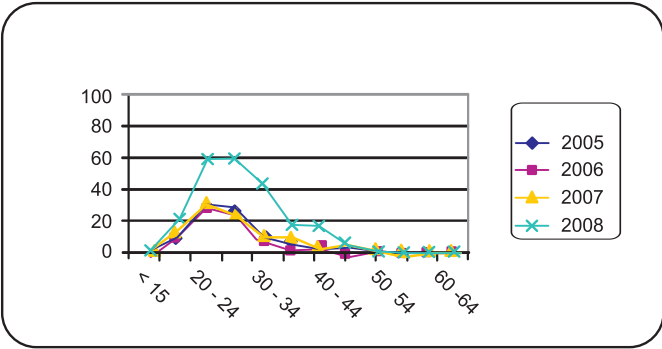
En los siguientes gráficos la evolución de la distribución por edad para cada sexo.

Gráfica 37: Distribución de la infección genital clamidia en hombres. 2005-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 38: Distribución de la infección genital clamidia en mujeres. 2005-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

5. Infección genital por herpes

En la tabla 30 se exponen los casos declarados de herpes genital por provincia y año con sus correspondientes tasas.

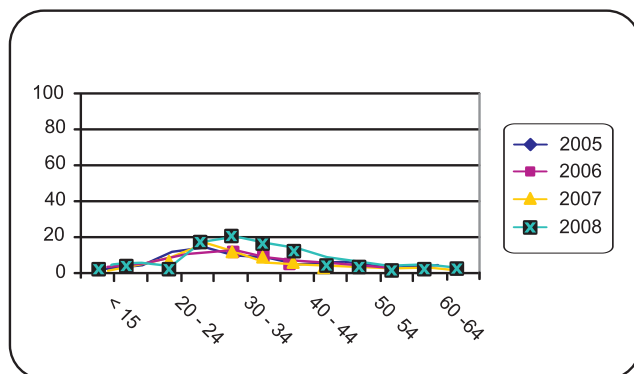
Tabla 30: Distribución de la infección genital por herpes según provincias. 2003-2008

	2005		2006		2007		2008	
	nº	Tasa	nº	Tasa	nº	Tasa	nº	Tasa
Almería	2	0.33	4	0.63	1	0.15	3	0.45
Cádiz	6	0.51	12	1.00	7	0.58	11	0.90
Córdoba	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Granada	16	1.86	10	1.14	10	1.13	11	1.22
Huelva	1	0.21	2	0.41	4	0.80	1	0.20
Jaén	3	0.45	0	0.00	0	0.00	1	0.15
Málaga	22	1.51	21	1.41	25	1.65	27	1.73
Sevilla	62	3.42	53	2.89	66	3.57	97	5.17
Andalucía	112	1.43	102	1.28	113	1.40	154	1.88

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

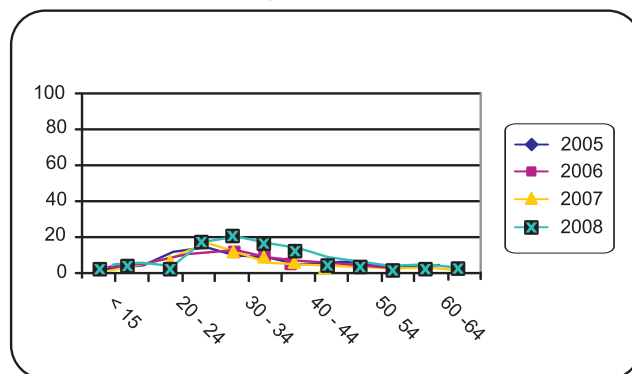
En los gráficos siguientes se puede apreciar la evolución de las declaraciones por grupos de edad para cada sexo.

Gráfica 39: Distribución de la infección por herpes genital en hombres. 2005-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Gráfica 40: Distribución de la infección por herpes genital en mujeres. 2005-2008.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Conclusiones a partir del análisis epidemiológico:

1. El aumento de las declaraciones de las infecciones de transmisión sexual, sea por una mayor declaración, por un aumento de casos o por ambos motivos, pone de relieve la importancia de mejorar el control de estas infecciones
2. El crecimiento de los casos de sífilis cuya declaración se considera próxima a los casos reales, nos orienta a pensar que se está produciendo un incremento real de todas las ITS.
3. Es conocido que existe un número muy importante de casos que no se declaran, particularmente entre las infecciones por clamidias y por herpes genital.
4. Se debe mantener presente que con el estudio de las ITS se debe realizar un estudio de VIH, dada la importante asociación que existe entre las infecciones.
5. En nuestra comunidad autónoma las provincias con mayor registro de estas enfermedades han sido: Sevilla (48.13%), Málaga (21.30%), Almería (14.20%) y Granada (8.74%). De estas 4 provincias cabe señalar que tres de ellas tienen un centro de ITS: Sevilla, Málaga y Granada.
6. La sífilis continua siendo la ITS más frecuentemente comunicada
7. Las ITS consideradas se declaran más frecuentemente en varones que en mujeres, probablemente el hecho de que las manifestaciones clínicas sean más llamativas y claras juegue un papel importante, pero deben considerarse otros factores, incluyendo la posibilidad de que se de un sesgo de género
8. El grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años
9. En Andalucía se han declarado de 2004 a 2008 12 casos de sífilis congénita, de los que se han confirmado 9 casos
10. La detección de casos se produce mayoritariamente en atención primaria

5.14. La prevención de la infección por VIH y otras ITS.

En la prevención de la infección por VIH y otras ITS se han adoptado diversas estrategias diseñadas para diferentes colectivos y se han sumado los esfuerzos de instituciones y de entidades ciudadanas.

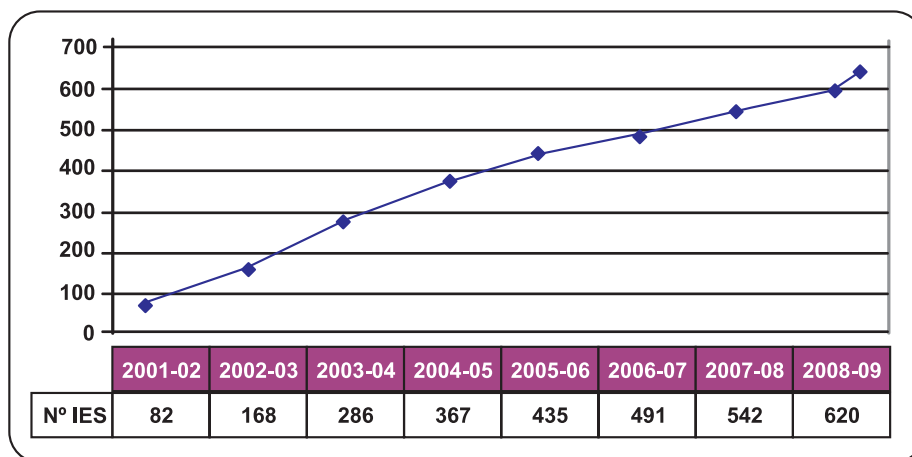
Una de las poblaciones diana a las que se ha dirigido mayor atención es la de adolescentes y jóvenes. Con el objetivo de dotar a las personas desde la adolescencia de competencias para el afrontamiento de las relaciones sexuales placenteras y seguras, se ha desarrollado Forma Joven.

Forma Joven es una estrategia de acción intersectorial en la que están involucradas la Consejería de Salud, la Consejería de Educación y la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, con una comisión autonómica para su dirección en la que además está representado el Consejo de la Juventud y la Confederación de Asociaciones de Padres y Madres de Andalucía (CODAPA). Esta estrategia consiste, básicamente, en poner a disposición de los centros educativos en los que se imparte la ESO y el Bachiller unas sesiones de asesoría en las que profesionales de los centros de salud del SAS (medicina de familia y enfermería) se dirigen a los centros educativos para facilitar al alumnado la adopción de actitudes y la adquisición de conocimientos y habilidades para el afrontamiento de las situaciones que pueden suponer un riesgo para su salud. Esta capacitación para la adquisición de competencias hace especial énfasis en la práctica del sexo seguro.

En las asesorías individuales o grupales, se les proporcionan conocimientos y se les enseñan habilidades tanto para el uso de métodos preventivos como colocación del preservativo y para el afrontamiento emocional ante situaciones difíciles, como lo que debe hacer una chica cuando un chico no quiere ponérselo.

Forma Joven, a la que los Institutos de Enseñanza Secundaria se adscriben voluntariamente, ha experimentado un continuo e importante crecimiento desde su implantación piloto en el curso 2001-2002 y actualmente está abriendo su ámbito de intervención a otros espacios como la Universidad, los centros penitenciarios, etc.

Gráfica 41: Evolución del número de IES con Programa Forma Joven. Años 2001-2009.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

También se persigue, los chicos y chicas, sean protagonistas de las conmemoraciones anuales del Día Mundial del Sida en Andalucía mediante otras actividades de sensibilización como el concurso de carteles sobre sida, con modalidades para diferentes edades desde los 14 a los 30 años y una alta participación con más de 450 participantes de promedio al año.

Desde 2008 se ha puesto en marcha el montaje “Contra el sida deja tu huella”, que es una instalación itinerante que se ha ubicado en 36 escenarios diferentes de toda la Comunidad Autónoma. El 72% en centros educativos, 18% en centros penitenciarios y el 10 % en jornadas destinadas a profesionales sociosanitarios y/o a población general. Se estima que unas 11.000 personas han participado en 2008 y en 2009 en esta actividad, que ha contado con la colaboración de 15 entidades para su dinamización y monitoreo.

Existe un teléfono gratuito de información sobre sida (900 850 100) que ha atendido 5373 llamadas durante 2008. El 81.5% de los atendidos han sido varones y la franja etárea mayoritaria es la comprendida entre los 25 y 35 años (54.5%). El motivo principal de la consulta ha sido la posibilidad de contagio (63.1%) seguida de la petición de información sobre la prueba diagnóstica (20.9%)

Otra población a la que se han dirigido estrategias preventivas específicas es la de personas que tienen una mayor prevalencia de prácticas de riesgo, como quienes ejercen la prostitución, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y las personas adictas a drogas por vía parenteral.

Las acciones dirigidas a estos colectivos se han desarrollado mediante la colaboración entre la Consejería de Salud, que asume la financiación y proporciona los medios preventivos (preservativos masculinos y femeninos, lubricante, barreras dentales, folletos, kits de intercambio de jeringuillas, etc) y las entidades ciudadanas que aportan su labor cerca de estas personas.

Durante el año 2.008, se distribuyeron:

- 2.000.000 preservativos masculinos,
- 100. 000 preservativos femeninos,
- 300.000 lubricantes,
- 20.000 Dental Dam (barreras dentales)
- 30.00 kits de intercambio de jeringuillas.
- 55.000 folletos en 5 idiomas

En 2.009, se mantienen la distribución de las cantidades indicadas para el año anterior, aumentando en el caso de lubricantes hasta 500.000 unidades. Se incorpora la campaña “Usa tu segunda piel” destinada específicamente a HSH, con una distribución de 25.000 postalfree y 70.000 kits de prevención (preservativo de sabor, lubricante y folleto informativo). En cuanto a folletos de información general se han editado 95.000 nuevos ejemplares para su distribución anual y 300.000 dípticos de VIH dirigidos específicamente a jóvenes y adolescentes y que se distribuyen a través del programa Forma Joven.

La Consejería de Salud subvenciona anualmente un promedio de 75 proyectos sobre sida de las entidades ciudadanas con un coste anual medio de 500.000€.

La atención sanitaria a las personas con VIH/sida

En Andalucía, la atención sanitaria de las personas con infección por VIH/sida tiene cobertura universal a través del Sistema Sanitario Público Andaluz. Se trata de una asistencia de calidad estandarizada mediante el seguimiento de un Proceso Asistencial Integrado VIH/sida.

El análisis de la situación de la asistencia sanitaria a las personas infectadas por el VIH debe considerar los diferentes componentes de la actuación asistencial: El diagnóstico, el seguimiento y los cuidados.

El diagnóstico

En Andalucía, y en el conjunto del mundo, el problema más importante en el diagnóstico es el retraso. El retraso diagnóstico hace que las personas infectadas que ignoren su situación desde que son infectadas hasta que se diagnostican, muchas veces cuando la infección ya ha dado lugar al sida. Según estimaciones del Plan Nacional Frente al sida entre un 25% y un 30% de las personas infectadas desconocen su situación.

En Andalucía, en 2008, la mortalidad en el primer año de diagnóstico de sida ha sido del 20.7%. Una muerte cada cinco casos diagnosticados puede considerarse como un indicador indirecto de la importancia del retraso diagnóstico, ya que la mortalidad sería mucho menor si los casos se diagnosticaran en fase de infección y, por tanto, antes de aparecer los síntomas de enfermedades indicativas de sida.

Se ha hecho una estimación del número de personas infectadas que ignoran su situación por Distrito Sanitario, para una incidencia de 1,5 por mil que es la calculada para Andalucía, en dos posibles escenarios: uno en el que ignoran su situación el 20% y otro el 30%.

Tabla 31: Estimación del número de personas infectadas que ignoran su situación según el distrito sanitario

DISTRITOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Población Incluida en el PAI VIH/Sida	Población del Distrito	Nº de Casos esperados	Cobertura de casos registrados sobre casos esperados	Nº de Casos esperados que desconocen su infección esperados	Cobertura sobre casos que conocen su infección
A. G. S. Norte de Almería	22	103.586	311	7,1 %	93	10,11 %
Almería	144	276.466	829	17,4 %	249	24,80 %
Poniente de Almería	146	237.424	712	20,5 %	214	29,28 %
A. G. S. Campo de Gibraltar	339	237.122	711	47,7 %	213	68,08 %
Bahía de Cádiz La Janda	539	486.067	1.458	37,0 %	437	52,80 %
Jerez - Costa Noroeste	220	312.424	937	23,5 %	281	33,53 %
Sierra de Cádiz	24	105.168	316	7,6 %	95	10,87 %
A. G. S. Norte de Córdoba	18	81.833	245	7,3 %	74	10,47%
Córdoba	272	319.248	958	28,4 %	287	40,57 %
Córdoba Sur	54	249.681	749	6,9 %	225	9,92 %
Guadalquivir	8	110.238	331	2,4 %	99	3,46 %

DISTRITOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Población Incluida en el PAI VIH/Sida	Población del Distrito	Nº de Casos esperados	Cobertura de casos registrados sobre casos esperados	Nº de Casos esperados que desconocen su infección esperados	Cobertura sobre casos que conocen su infección
A. G. S. Sur de Granada	73	105.988	318	23,0 %	95	32,80 %
Granada	226	298.651	896	25,2 %	269	36,04 %
Granada Nordeste	6	60.529	182	3,3 %	54	4,72 %
Metropolitano de Granada	145	291.689	875	16,6 %	263	23,67 %
Condado - Campiña	61	143.098	429	14,2 %	129	20,30 %
Huelva - Costa	237	264.318	793	29,9 %	238	42,70 %
Sierra de Huelva Andévalo Central	10	46.667	140	7,1 %	42	10,20 %
Jaén	76	182.156	546	13,9 %	164	19,87 %
Jaén-Nordeste	30	142.427	427	7,0 %	128	10,03 %
Jaén Norte	83	175.057	525	15,8 %	158	22,58 %
Jaén Sur	23	86.107	258	8,9 %	77	12,72 %
A. G. S. Norte de Málaga	20	103.165	309	6,5 %	93	9,23 %
A. G. S. Serranía de Málaga	15	48.244	145	10,4 %	43	14,81 %
Axarquía	82	130.543	392	20,9 %	117	29,91 %
Costa del Sol	365	426.999	1.281	28,5 %	384	40,70 %
Málaga	339	604.453	1.813	18,7 %	544	26,71 %
Valle del Guadalhorce	26	119.151	357	7,3%	107	10,39%
A. G. S. de Osuna	41	167.321	502	8,2 %	151	11,67 %
Aljarafe	122	324.458	973	12,5 %	292	17,91 %
Sevilla	620	698.414	2.095	29,6 %	629	42,27 %
Sevilla Norte	86	229.758	689	12,5 %	207	17,82 %
Sevilla Sur	198	375.905	1.128	17,6 %	338	25,08 %
Total	4.668	7.298.636	22.633	16,5 %	6.790	29,46 %

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Según estos cálculos, se estima que en Andalucía existen entre 2190 y 3284 personas infectadas sin diagnosticar, que están retrasando su inicio de tratamiento y con ello reduciendo sus probabilidades de supervivencia y, además, pueden estar infectando a otras personas si mantienen relaciones sexuales sin protección.

Actualmente, sólo un 25% de los casos de sida se diagnostican en Atención Primaria y, sin embargo, todo el cribado de VIH/sida en embarazadas se hace en atención primaria y no cabe duda del éxito del mismo, después de que la transmisión vertical sea casi inexistente en Andalucía, de lo que se puede deducir que, si se intensifica el esfuerzo para aprovechar todas las oportunidades de diagnóstico en Atención Primaria, se pueden mejorar los resultados.

Esto obliga a multiplicar los esfuerzos para aprovechar todas las oportunidades posibles para el diagnóstico de la infección por VIH, lo que implica: El desarrollo de estrategias de acercamiento (outreach) y la mayor implicación de Atención Primaria en el diagnóstico precoz, al ser el espacio sanitario más accesible a la ciudadanía.

Como estrategia de acercamiento, durante el año 2.009, se ha pilotado una actividad conjunta entre la Consejería de Salud y 28 entidades que desarrollan su trabajo en el ámbito del VIH/sida, con el objetivo de detectar precozmente a aquellas personas que están infectadas por VIH y lo desconocen.

La estrategia elegida es la de acercar el test de diagnóstico precoz a aquellas personas que, según los datos mostrados en este análisis de situación, poseen un mayor riesgo de ser infectadas de VIH (HSH, UDVP, PEPS, personas privadas de libertad,...). Son precisamente estas personas más vulnerables las que más barreras de acceso presentan ante el sistema sanitario público, por lo que se ha considerado imprescindible que esta actividad se realice conjuntamente con aquellas entidades que trabajan directamente con estos segmentos de población.

Se ha optado por una prueba que se considera idónea, el denominado Ora Quick, que detecta VIH-1/2 en fluido oral, por las ventajas que aporta con respecto al resto: menos agresivo para las personas usuarias, de más fácil utilización para los profesionales y de desecho más ecológico.

Desde finales del año 2.008 hasta hoy, se han realizado 7 cursos de formación en materia de counselling y habilidades de comunicación y de manejo de este test rápido, dirigidas a profesionales de las ONGs. Han participado 172 profesionales de 48 entidades distintas. De las entidades participantes, 28 se han incorporado a esta actividad, el resto se ofrecieron para la derivación de personas atendidas a organizaciones afines. Esta formación nos facilita, también, establecer las funciones de cada una de las partes, que pueden resumirse en:

El acuerdo establecido determina que la Consejería de Salud de Andalucía tiene la responsabilidad de:

- la adquisición y distribución gratuita del material;
- la formación en materia de counselling y manejo del test rápido;
- la edición y distribución de folletos y manuales de usos;
- la coordinación entre todos los agentes implicados.

Las entidades participantes han de reunir las siguientes condiciones y observar las siguientes pautas:

Disponer de formación en counselling.

- Realizar siempre consejo asistido previo a la prueba, y también post test.
- Informar a los participantes sobre la existencia del periodo ventana y sus implicaciones sobre la fiabilidad del resultado.
- Conocer el uso correcto de los test y la interpretación de los resultados.
- Disponer del espacio adecuado y materiales necesarios para tomar las muestras y para entregar los resultados.
- Establecer mecanismos claros de derivación. Siendo imprescindible, en caso de resultado positivo, el acompañamiento al sistema sanitario público
- Garantizar la confidencialidad de los resultados
- Cumplimentar correctamente las Fichas de Registro y reportar los datos de actividad al equipo coordinador.

En los 1344 test realizados en escenarios de acercamiento (outreach) se han detectado 50 personas infectadas que ignoraban su infección. La prevalencia de infección encontrada (3,66%) coincide con la esperada en esta población con mayor exposición a prácticas sexuales de riesgo. A 41 de ellas (83%) se les ha acompañado al Sistema Sanitario Público Andaluz para confirmación diagnóstica y seguimiento. El resultado cuantitativo de este pilotaje se resume en tabla 32.

La realización del test de diagnóstico rápido en estos escenarios de acercamiento ha tenido un coste directo de 132,5 € por caso detectado. Teniendo en cuenta que las personas diagnosticadas de infección habrían desarrollado un sida con toda probabilidad, su detección precoz ha evitado muchos sufrimientos de ellas mismas y sus allegados; además se han ahorrado los costes del tratamiento de las enfermedades propias del sida, el tratamiento de las personas a las que ellas habrían seguido infectando en sus prácticas sexuales, al desconocer su condición de vectores de la infección, y los costes sociales derivados de la incapacidad provocada por el sida. Por todo esto, puede concluirse que la realización de test de diagnóstico rápido en las condiciones en las que se está aplicando en Andalucía es indudablemente coste-efectiva.

Tabla 32: Casos detectados mediante estrategias de acercamiento con test de diagnóstico rápido en Andalucía.

Provincia	Entidad	Nº de Test recibidos	Nº de Test realizados	Nº de + en varones	Nº de + en mujeres	Nº de + en Transexuales	Nº de acompañamientos al SSPA	Nº de profesionales formados en counselling
ALMERÍA	AIMUR	75	62	0	0	0	0	5
	MEDICOS DEL MUNDO	75	72	0	3	0	3	5
	COLEGA	87	35	1	0	0	1	4
CÁDIZ	COLEGADES	125	64	1	0	0	1	3
	Pro DD.HH	50	12	0	0	0	0	1
CÓRDOBA	IEMAKAIE	50	7	0	0	0	0	2
	ADEAT	80	34	0	0	0	0	2
	CRUZ ROJA	0	0	0	0	0	0	2
GRANADA	APREX	75	39	0	0	0	0	5
	HOGAR20	75	54	0	0	0	0	2
	AVALON	75	36	0	0	0	0	2
	AVA	75	34	0	0	0	0	2
JAÉN	OBJETIVO VIDA	75	35	0	0	0	0	2
	COLEGA	60	15	0	0	0	0	1
HUELVA	TRIANGULO	75	55	0	0	0	0	1
	CARITAS	25	21	5	6	0	7	3
	CRUZ ROJA	35	35	2	0	0	2	2
	ARRABALES	35	26	0	0	0	0	2
MÁLAGA	ASIMA	150	98	2	0	0	1	4
	MUJERES EMANCIPADA	50	8	0	1	0	1	2
	MEDICOS DEL MUNDO	75	33	6	1	0	6	3
	COLEGA	75	40	0	0	0	0	3
SEVILLA	TRIANGULO	100	144	2	0	0	2	1
	COLEGA	225	202	3	0	0	2	3
	ADHARA	225	193	10	2	0	12	6
	Atenea / GID	25	4	1	0	0	1	2
	MEDICOS DEL MUNDO	200	117	1	1	0	1	4
	CHALAVIPEN	100	73	1	1	0	1	2
	TOTALES	2.642	1.344	35	15	0	41	76

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

El seguimiento y los cuidados

Los cambios en el patrón de la enfermedad que se han comentado en el análisis epidemiológico determinan una nueva forma de orientar la respuesta del sistema sanitario. Especialmente la aparición de los TARGA está prolongando la vida y produciendo un lógico envejecimiento de las personas con VIH y sida.

Hay pues personas infectadas y enfermas cada vez mayores y con mayor esperanza de vida. Esto es una buena noticia pero obliga a plantearse una nueva forma de atención a las personas infectadas o con sida a partir de tres hechos:

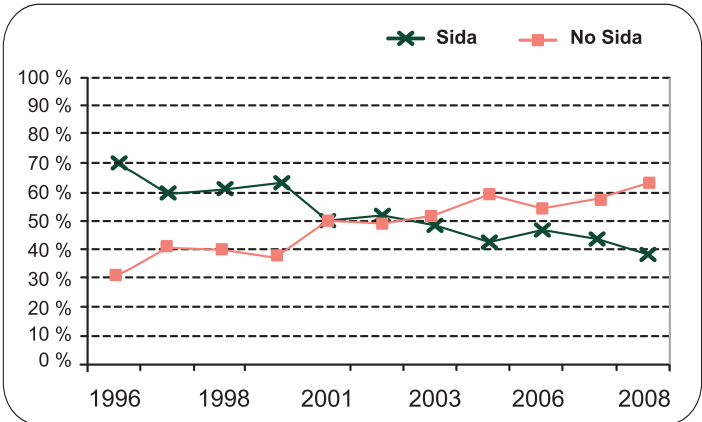
La infección por VIH se ha convertido en un problema crónico. Según los datos de la Encuesta Hospitalaria de Pacientes VIH/sida en Contacto con el Sistema Nacional de Salud (Resultados 2008), casi la mitad de los atendidos en los hospitales españoles (47,6%) llevaba 10 años o más viviendo con el VIH. Así la infección por VIH es concomitante con otros también crónicos como la diabetes tipo 2, la dislipemia, la hipertensión y el síndrome metabólico. Esto se debe al envejecimiento de las personas afectadas y a los efectos de la propia enfermedad y de los tratamientos.

De hecho, alrededor de una de cada 5 personas infectadas por el VIH desarrollan frecuentemente un trastorno global del metabolismo de los lípidos y del tejido adiposo, de los glúcidos y de los mecanismos de control vascular con el desarrollo de hipertensión arterial como consecuencia del tratamiento, sobre todo con fármacos antirretrovirales inhibidores de la proteasa. Las características fundamentales de ésta alteración son el desarrollo de lipodistrofia con redistribución del panículo adiposo, hiperlipidemia con acumulo de triglicéridos, descenso de las HDL-colesterol, generalmente existe un aumento de las LDL-colesterol, resistencia a la insulina, que puede conllevar a la aparición de una diabetes mellitus e hipertensión arterial. Este trastorno es muy similar a la situación metabólica que se presenta en el síndrome metabólico.

Los estilos de vida de las personas infectadas por VIH deben ser objeto de atención. Como para el resto de las personas, hay que prestar atención a los estilos de vida de las personas infectadas, estén o no enfermas. La prevalencia de tabaquismo entre personas en tratamiento por VIH es alrededor del 64% (el doble que en el resto de la población), los desequilibrios en la alimentación o las formas en las que estas personas viven la sexualidad (disfunciones sexuales, riesgo de transmisión a pareja serodiscordante, etc) o afrontan el estrés tienen que ser objeto de estrategias de intervención que se incorporen a los cuidados que se les prestan para ayudarles a tener una vida de más calidad para ellas y para sus seres queridos.

Una parte considerable de las personas infectadas en seguimiento están asintomáticas y tienen una buena evolución clínica. Es decir, acuden al hospital para el control periódico de su adherencia al tratamiento, de la aparición de efectos secundarios, diagnóstico precoz de síntomas de sida y de aparición de resistencias a fármacos. Según los datos de la Encuesta Hospitalaria de Pacientes VIH/sida en Contacto con el Sistema Nacional de Salud (Resultados 2008), el 45,1% de los pacientes de la Encuesta estaba en estadio asintomático y el 37,6% tenía diagnóstico de sida. Esta Encuesta se realiza en hospitales de 15 CCAA y estudia las características de las personas que están siendo atendidas en un día. Como se muestra en la figura, desde 2003 los hospitales ven más enfermos con infección que con sida.

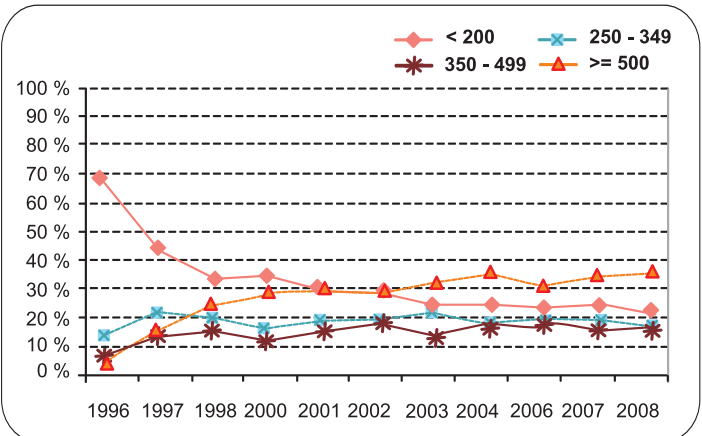
Gráfica 42: Distribución de la sintomatología de las personas atendidas en los hospitales públicos españoles el día de la encuesta.



Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida en contacto con el Sistema Nacional de Salud. Resultados 2008

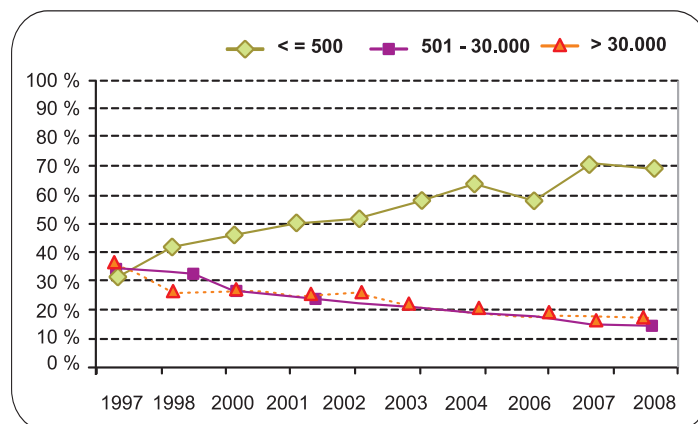
También son pacientes con mejor estado de salud (más células CD4/ uL) y menor riesgo (menor carga viral), ya que la proporción de pacientes con niveles altos de CD4 ha pasado de una mediana en 1996 de 94 células/uL a 405 células/uL en 2008 y la proporción de pacientes con viremias bajas (<500 copias/mL) se sitúa en el 67,6% en el 2008, manteniendo la tendencia en aumento de años anteriores ($p<0,05$).

Gráfica 43: Evolución de los CD4 de las personas atendidas en los hospitales públicos españoles el día de la encuesta.



Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida en contacto con el Sistema Nacional de Salud. Resultados 2008

Gráfica 44: Evolución de la carga viral de las personas atendidas en los hospitales públicos españoles el día de la encuesta.

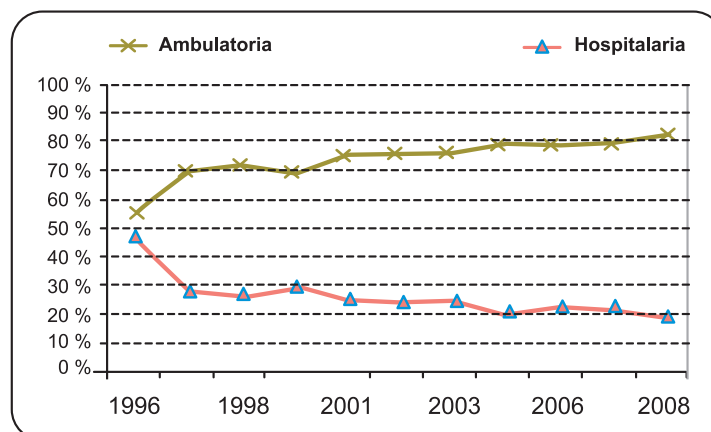


Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida en contacto con el Sistema Nacional de Salud. Resultados 2008

Actualmente, el seguimiento y cuidado de las personas con infección de VIH se lleva a cabo en los hospitales. Pero en 2008, según el CMBDA, se ingresaron a 2140 pacientes que produjeron 3423 ingresos con una estancia media de 12,4 días que se mantiene muy constante a lo largo de los años. Pero hay 9499 personas en tratamiento con TARGA, lo que significa que los pacientes que ingresan son el 22,5% de los que hay y sólo pasan el 3,3% de su tiempo en el hospital.

Estos datos se confirman con los de la mencionada Encuesta Hospitalaria de Pacientes VIH/sida en Contacto con el Sistema Nacional de Salud Resultados 2008. Según este estudio, el 80,2% de los pacientes con VIH/sida que se atendieron el día del muestreo en los hospitales españoles lo fueron en régimen ambulatorio, la mayoría de ellos para seguimiento de su evolución.

Gráfica 45: Distribución del régimen de atención a las personas atendidas en los hospitales públicos españoles el día de la encuesta.



Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes VIH/sida en contacto con el Sistema Nacional de Salud. Resultados 2008

Análisis de Situación

Por tanto, si se considera que casi el 80% de los pacientes no ingresa, y que los que ingresan pasan el 97,7% del año fuera del hospital; que se trata de enfermos crónicos a los que afectan otras patologías agudas y también crónicas; y que ya no se trata de pacientes sólo infecciosos sino con alto riesgo cardiovascular, diabetes, EPOC, etc. es necesario replantearse que una parte importante del seguimiento de las personas con infección por VIH o sida deben poder ser hecho desde fuera del hospital, cerca de su domicilio y sin que ello signifique pérdida de seguridad ni de calidad de atención.

El análisis conjunto de estos datos confirman el cambio en el patrón de comportamiento de la enfermedad que se mencionó antes y muestran que una proporción muy importante de pacientes están evolucionando bien, ya que cada vez son menos necesarias las hospitalizaciones, aunque siguen con su vinculación al hospital por razones de tradición, de complejidad diagnóstica y terapéutica en algunos casos y porque en los hospitales se dispensan los TARGA, pero la necesidad de que la atención siga prestándose exclusivamente por el hospital debe reconsiderarse para facilitar la accesibilidad a las personas que viven lejos del mismo. Sería lógico plantearse que la atención sanitaria a las personas infectadas por VIH siguiera el mismo esquema del resto de los problemas de salud crónicos, con un plan de seguimiento y cuidados desde Atención Primaria, cercano al domicilio de la persona afectada y un seguimiento especializado en función de los niveles de complejidad y respuesta terapéutica.

Esto requiere incorporar la Atención Primaria al diagnóstico y a la atención de los pacientes con infección por VIH o sida. Si se hace bien, se puede llevar a cabo la transferencia de pacientes estables y de bajo riesgo a Atención Primaria para su seguimiento y dispensación de medicación, estableciendo un sistema de derivación o visitas programadas al nivel especializado en función del grado de complejidad o gravedad de la situación de cada paciente, como en el resto de las patologías crónicas.

De hecho, uno de cada dos distritos de Atención Primaria tiene ya implantado el PAI VIH/sida con su hospital de referencia. Teniendo en cuenta que la implantación del PAI depende de la cooperación entre el Distrito y sus hospitales de referencia, puede concluirse que todavía queda al menos la mitad del camino por recorrer.

Tabla 33: Implantación del PAI VIH/sida en los Distritos de Atención Primaria de Andalucía.

HOSPITAL / DISTRITOS SANITARIOS	Provincia	IMPLANTACIÓN DE LA PAI VIH / Sida
ALMERÍA		
Área Norte de Almería	Almería	
H. General de Baza / D. S. Levante - Alto Almanzora	Almería	
H. Torrecardenas / D. S. Almería	Almería	Si
H. Torrecardenas / D. S. Poniente de Almería	Almería	
H. de Poniente / D. S. Poniente de Almería	Almería	Si
CÁDIZ		
Área Sanitaria Campo de Gibraltar	Cádiz	Si
H. Puerta del Mar / D. S. Bahía de Cádiz	Cádiz	Si
H. Puerto Real / D. S. Bahía de Cádiz	Cádiz	Si
H. Puerto Real / D. S. Jerez Costa Noroeste	Cádiz	Si
H. Virgen del Camino / D. S. Jerez Costa Noroeste	Cádiz	
H. de Jerez / D. S. Jerez Costa Noroeste	Cádiz	
H. de Jerez / D. S. Sierra de Cádiz	Cádiz	
H. Virgen de las Montañas / D. S. Sierra de Cádiz	Cádiz	
CÓRDOBA		
Área Sanitaria Norte de Córdoba	Córdoba	

HOSPITAL / DISTRITOS SANITARIOS	Provincia	IMPLANTACIÓN DE LA PAI VIH / Sida
H. Reina Sofía / D. S. Córdoba	Córdoba	Si
H. Reina Sofía / D. S. Guadalquivir	Córdoba	Si
H. Reina Sofía / D. S. Córdoba Sur	Córdoba	Si
H. Infanta Margarita / D. S. Córdoba Sur	Córdoba	
H. de Montilla / D. S. Córdoba Sur	Córdoba	
GRANADA		
Área Sanitaria Sur de Granada	Granada	
H. San Cecilio / D. S. Granada Sur	Granada	Si
H. San Cecilio / D. S. Metropolitano de Granada	Granada	Si
H. Virgen de las Nieves / D. S. Metropolitano de Granada	Granada	Si
H. San Cecilio / D. S. Granada	Granada	Si
H. Virgen de las Nieves / D. S. Granada	Granada	Si
H. Virgen de las Nieves / D. S. Granada Norte	Granada	Si
H. General de Baza / D. S. Granada Nordeste	Granada	
H. San Cecilio / D. S. Granada Nordeste	Granada	
HUELVA		
H. Juan Ramón Jiménez / D. S. Huelva Costa	Huelva	Si
H. Infanta Elena / D. S. Huelva Costa	Huelva	Si
H. Juan Ramón Jiménez / D. S. Condado Campiña	Huelva	Si
H. H. Infanta Elena / D. S. Condado Campiña	Huelva	Si
H. de Riotinto / D. S. Sierra de Huelva	Huelva	
H. Juan Ramón Jiménez / D. S. Sierra de Huelva	Huelva	
JAÉN		
H. Alto Guadalquivir / D. S. Jaén Norte	Jaén	
H. San Agustín / D. S. Jaén Norte	Jaén	
H. San Juan de la Cruz / D. S. Jaén Nordeste	Jaén	Si
H. General de Baza / D. S. Jaén Nordeste	Jaén	
Complejo Hospitalario de Jaén / D. S. Jaén	Jaén	Si
Complejo Hospitalario de Jaén / D. S. Jaén	Jaén	Si
H. Virgen de las Nieves / D. S. Jaén Sur	Jaén	Si
MÁLAGA		
Área Sanitaria Norte de Málaga	Málaga	
Área Sanitaria Serranía de Málaga	Málaga	
H. de la Axarquía / D. S. Axarquía	Málaga	
H. Carlos Haya / D. S. Axarquía	Málaga	
H. Carlos Haya / D. S. Málaga	Málaga	
H. Virgen de la Victoria / D. S. Costa del Sol	Málaga	
H. Costa del Sol / D. S. Costa del Sol	Málaga	Si
H. Virgen de la Victoria / D. S. Valle del Guadalhorce	Málaga	
SEVILLA		
Área Sanitaria Osuna	Sevilla	Si
H. Virgen del Rocío / D. S. Aljarafe	Sevilla	Si
H. San Juan de Dios (Aljarafe) / D. S. Aljarafe	Sevilla	
H. Virgen del Rocío / D. S. Sevilla Sur	Sevilla	Si
H. Virgen de Valme / D. S. Sevilla Sur	Sevilla	Si
H. Virgen del Rocío / D. S. Sevilla	Sevilla	Si
H. Virgen Macarena / D. S. Sevilla	Sevilla	
H. Virgen de Valme / D. S. Sevilla Norte	Sevilla	Si
H. Virgen Macarena / D. S. Sevilla	Sevilla	

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Análisis de Situación

Se ha calculado la proporción de personas que, sabiendo que están infectadas por el VIH, están registradas en el PAI VIH/sida como indicador del grado de desarrollo del mismo y se observa que la proporción de personas con infección por VIH que se incluyen en el PAI VIH/sida varía mucho entre unos Distritos y otros y, lógicamente, es mayor en los Distritos en los que el PAI está implantado. (Para una prevalencia de sida en población general de 1.5 por mil que es la de Andalucía).

En cualquier caso, el promedio de personas diagnosticadas y registradas en el PAI VIH/sida en los Distritos es del 60,9 %, lo que significa que una proporción mayoritaria de pacientes se conoce en Atención Primaria.

Las coberturas superan el 100% en algunos casos porque, en estos Distritos Sanitarios, la proporción de personas que desconoce su situación es menor del 20% o del 30%, lo que supone un indicador favorable de precocidad diagnóstica.

Tabla 34: Número de casos incluidos en el PAI VIH/sida y coberturas en los Distritos de Atención Primaria de Andalucía.

DISTRITOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	Población Incluida en el PAI VIH/Sida	Población del Distrito	Nº de Casos esperados	Cobertura de casos registrados sobre casos esperados	Nº de Casos esperados que desconocen su infección esperados	Cobertura sobre casos que conocen su infección
A. G. S. Sur de Granada	73	105.988	318	23,0 %	95	32,80 %
Granada	226	298.651	896	25,2 %	269	36,04 %
Granada Nordeste	6	60.529	182	3,3 %	54	4,72 %
Metropolitano de Granada	145	291.689	875	16,6 %	263	23,67 %
Condado - Campiña	61	143.098	429	14,2 %	129	20,30 %
Huelva - Costa	237	264.318	793	29,9 %	238	42,70 %
Sierra de Huelva Andévalo Central	10	46.667	140	7,1 %	42	10,20 %
Jaén	76	182.156	546	13,9 %	164	19,87 %
Jaén-Nordeste	30	142.427	427	7,0 %	128	10,03 %
Jaén Norte	83	175.057	525	15,8 %	158	22,58 %
Jaén Sur	23	86.107	258	8,9 %	77	12,72 %
A. G. S. Norte de Málaga	20	103.165	309	6,5 %	93	9,23 %
A. G. S. Serranía de Málaga	15	48.244	145	10,4 %	43	14,81 %
Axarquía	82	130.543	392	20,9 %	117	29,91 %
Costa del Sol	365	426.999	1.281	28,5 %	384	40,70 %
Málaga	339	604.453	1.813	18,7 %	544	26,71 %
Valle del Guadalhorce	26	119.151	357	7,3%	107	10,39%
A. G. S. de Osuna	41	167.321	502	8,2 %	151	11,67 %
Aljarafe	122	324.458	973	12,5 %	292	17,91 %
Sevilla	620	698.414	2.095	29,6 %	629	42,27 %
Sevilla Norte	86	229.758	689	12,5 %	207	17,82 %
Sevilla Sur	198	375.905	1.128	17,6 %	338	25,08 %
Total	4.668	7.298.636	22.633	16,5 %	6.790	29,46 %

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Tratamiento de la lipodistrofia, reproducción asistida y transplante de órganos sólidos

El SSP ha incorporado a su cartera de servicios el tratamiento de la lipodistrofia secundaria al TARGA, los trasplantes de órganos sólidos y los tratamientos de fertilidad en parejas serodiscordantes .

El tratamiento reparador de la atrofia facial en pacientes VIH se encuentra incluido en la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud desde 2004. El procedimiento esta vinculado a los Servicios de Cirugía Plástica y Reparadora que en Andalucía se encuentran en los Hospitales Carlos Haya, Puerta del Mar, Reina Sofía, Virgen del Rocío, Virgen Macarena y Virgen de las Nieves.

El síndrome lipodistrófico, que parece estar ligado al uso de inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa, también al uso de los inhibidores de la proteasa, y aparece en todas las combinaciones terapéuticas, e incluso en afectados que no están en tratamiento. Contempladas todas estas posibilidades, tomando como referencia la población VIH en tratamiento con TARGA (no solo sida) y conociendo que el 8% de los pacientes en tratamiento podrían desarrollar una lipoatrofia, se estima que la demanda potencial de tratamiento reparador sería de 760 pacientes en el momento actual.

Esta cifra no tiene porqué coincidir con la demanda de intervención reparadora, ya que para ésta son necesarios algunos requerimientos médicos (infección VIH controlada, no infecciones oportunistas, buen estado general de salud, estabilidad psicológica, demanda activa por parte del paciente...), y estas condiciones se dan, según estudios, en pacientes con un grado de atrofia II y III (clasificación I a V). Hasta noviembre de 2009 se han realizado 327 intervenciones en los hospitales Virgen del Rocío y Virgen Macarena de Sevilla y Carlos Haya de Málaga. El año 2008 se cerró con 252 personas intervenidas y 25 en lista de espera.

Tabla 35: Casos tratados de lipodistrofia en hospitales del SSPA.

HOSPITAL	Intervenciones de Lipodistrofia
H. VIRGEN DEL ROCÍO	237
H. VIRGEN MACARENA	6
H. CARLOS HAYA	76
H. REINA SOFÍA	8
TOTAL	327

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

En cuanto a la aplicación de técnicas de reproducción asistida, en el Laboratorio de Alta Seguridad Biológica Unidad de Reproducción Asistida del Hospital Virgen de las Nieves de Granada se han realizado 22 intervenciones de lavado seminal para poder llevar a cabo inseminación artificial o fecundación in vitro con microinyección espermática (FV/ICSI) en parejas serodiscordantes.

Respecto a los trasplantes de órgano sólido, todos los hospitales públicos autorizados en Andalucía para realizar trasplantes de órganos pueden hacerlo a pacientes afectados por VIH, ya que no existe discriminación ni especialización en esta materia.

Hasta el momento actual, en España sólo se han llevado a cabo trasplantes hepáticos y renales. Hasta finales de 2009, se han realizado 8 trasplantes renales y 18 hepáticos en personas infectadas por VIH. La supervivencia de las personas VIH trasplantadas en los hospitales andaluces es similar a la esperada para las personas sin infección por VIH.

Tabla 36: Número y mortalidad de trasplantes de renales en personas VIH+ de los hospitales andaluces. Hasta octubre de 2009.

HOSPITAL	Nº DE TRASPLANTES	MUERTES
H. PUERTA DEL MAR	4	0
H. CARLOS HAYA	2	1
H. REINA SOFÍA	2	0
TOTAL	8	1

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Tabla 37: Número y mortalidad de trasplantes de hepáticos en personas VIH+ de los hospitales andaluces. Hasta octubre de 2009.

HOSPITAL	Nº DE TRASPLANTES	MUERTES
H. REINA SOFÍA	6	2
H. CARLOS HAYA	2	1
H. VIRGEN DE LAS NIEVES	3	2
H. VIRGEN DEL ROCÍO	7	2
TOTAL	18	7

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Pacientes residentes en casas de acogida

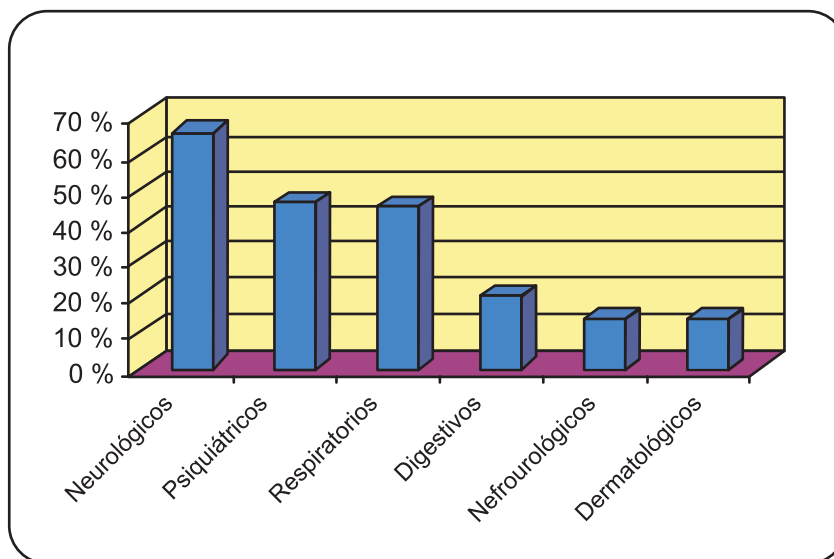
Las Casas de Acogida para Enfermos de Sida (CAES) surgieron para dar respuesta a las necesidades de las personas afectadas por el sida y que carecen de soporte familiar y social como para llevar una vida autónoma. Se trata fundamentalmente de personas con conductas adictivas, ausencia de entorno familiar, bajo nivel cultural y, a veces, un total desamparo. En las CAES se proporciona alojamiento, aseo, alimentación, atención sanitaria, soporte emocional y cuidados paliativos de tal forma que los enfermos infectados por VIH/sida pudieran vivir y morir con dignidad. Su financiación corre a cargo de subvenciones dependientes de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, de la Consejería de Salud, y de otras fuentes financieras públicas así como fondos privados.

Entre 2008 y 2009, la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas realizó un estudio de la situación de los pacientes alojados en las casas de acogida por encargo de la Consejería de Salud (Estudio CASAS). A continuación se exponen los principales hallazgos de dicho estudio:

- Todas la CAES tienen de referencia un Centro de Salud, un Centro de Salud Mental y una Unidad o Servicio Hospitalario con atención especializada de la patología VIH/sida fundamentalmente, y de otras patologías frecuentes como las hepatopatías crónicas. En todas las CAES se realiza control de adherencia de fármacos tuberculostáticos y fármacos antirretrovirales de los cuales se lleva un registro.
- Además, hay proyectos de atención a toxicomanías, programas de inserción laboral y cursos para los acogidos y programas de inserción familiar, cursos de formación para educadores, programas de ocio, talleres de manualidades, teatro, informática etc
- La media de edad de las personas acogidas fue de $45,6 \pm 5,2$ años. El 73% eran varones. El 59% de ellos no tenía ningún tipo de estudios y el 31% solo había realizado estudios básicos. El 54% no tenía ninguna profesión reconocida ni nunca había trabajado previamente. La relación con sus familiares era escasa o nula en el 49% de los casos
- El 85% había adquirido la infección por el VIH mediante el uso de drogas por vía parenteral. Antes de ser acogidos en la CAES, el 32% consumía activamente drogas por vía parenteral, el 48% por vía inhalatoria y el 38% tenía enolismo activo. El 95% era fumador activo.
- Antes de su llegada a las CAES, el 69% de los pacientes había abandonado el tratamiento antirretroviral (TARGA). No obstante, en el momento del estudio lo realizaba el 85%, siendo el cumplimiento terapéutico igual o superior al 90% de las tomas en el 97% de dichos pacientes. El 45% de los individuos acogidos realizaba quimioprofilaxis frente a diversas infecciones oportunistas, la gran mayoría de ellos (93%) con trimetoprim-sulfametoxazol. El 52% realizaba tratamiento sustitutivo con metadona (dosis de 60 [40-82,5] mg/día), el 78% tomaba uno o más psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, etc.) y el 51% otros tipos de medicamentos.
- Además de la infección por el VIH, el 90% de los pacientes sufría otra enfermedad. El 44% tenía una hepatopatía crónica por el VHC, el 26% una enfermedad neurológica, el 24% una enfermedad broncopulmonar crónica, el 8% una enfermedad psiquiátrica mayor, el 8% una infección bacteriana grave y el 29% otros diversos trastornos o enfermedades. Un 37% presentaban una sola enfermedad además del sida, un 35% dos y un 17% tres o más de ellas.

- En cuanto a la sintomatología clínica que presentaban en el momento del estudio el 66% tenía síntomas neurológicos, destacando entre ellos los trastornos motores y del lenguaje (64%); el 46% síntomas psiquiátricos, (el 41% de ellos de tipo psicótico, ansiedad en el 31%, depresión en el 27%); el 45% síntomas respiratorios, el más común de los cuales (86%) era la disnea; el 20% síntomas digestivos, entre los que predominaba la diarrea (53%); el 14% síntomas nefrourológicos, con 66% casos de incontinencia urinaria y 44% de enfermedad renal crónica entre ellos; el 14% trastornos dermatológicos, entre los que cabe destacar las úlceras cutáneas crónicas (38%), y el 6% síntomas cardiovasculares.

Gráfica 46: Frecuencia de síntomas en las personas ingresadas en las CAES.



Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

- El peso medio fue: 59 (51-68) Kg y el índice de masa corporal: 20,5 (18,3-24,0). En lo que respecta a la calidad de vida, la mediana del índice de Karnofski fue: 60 (50-80) y la del índice de Barthel 80 (40-100). La mitad de los acogidos tenían secuelas físicas limitantes. Para poder desplazarse, el 16% de ellos precisaba usar una silla de ruedas, el 4% un andador, el 4% un bastón y el 2% unas muletas. Un 2% se hallaban permanentemente encamados. El 25% requerían el uso de pañales para la incontinencia urinaria. Casi una tercera parte de los acogidos (31%) sufría secuelas mentales limitantes.
- Se trata por tanto de personas que en una gran proporción tienen bajo nivel de estudios, sin apoyo familiar, sin trabajo ni experiencia laboral, con antecedentes de toxcomanías, en definitiva, en situación de exclusión social y con grave deterioro de su estado de salud física y mental y un importante grado de dependencia, cuando no están en una situación que requiere cuidados paliativos. En los 6 meses de intervalo entre las dos etapas del estudio murió un 7,3 % de las personas.
- Las personas acogidas tienen, mayoritariamente, una importante mejoría en su adherencia al tratamiento y en el abandono del consumo de opiáceos y alcohol, aunque no en el tabaquismo, si bien en 2008 la Consejería de Salud inició un programa de intervención en varias CAES sobre este problema. También mejoran su estado nutricional (ganancia de peso y aumento del IMC) y disminuye en ellos la frecuencia de síntomas respiratorios, digestivos y dermatológicos, como resultado de lo cual, mejoran también sus índices de salud y de calidad de vida.
- El estudio CASAS pone de manifiesto que las CAES son un recurso necesario para atender las necesidades de un grupo de pacientes extremadamente vulnerables y que requieren de apoyo y coordinación por parte del Sistema Sanitario Público Andalúz para cumplir su misión.

La asistencia sanitaria a las ITS:

Por lo que respecta a la atención sanitaria a las ITS, existe en Andalucía un importante problema de inequidad, ya que en Atención Primaria no se han realizado las necesarias actividades de formación ni un adecuado análisis de la dotación de recursos necesarios para una buena atención a las ITS. Tampoco se cuenta con protocolos generalizados de atención y derivación de estas patologías.

En cuanto al nivel especializado, la vinculación exclusiva de las ITS a la especialidad de dermatología no responde a la realidad actual. Hoy hay diversas especialidades que también intervienen en la atención a personas enfermas de ITS, como la urología, la ginecología y la medicina interna.

Al no haberse establecido ningún protocolo de derivación de pacientes, la demanda de atención especializada se distribuye entre las diferentes especialidades y los centros de ITS; pero en Andalucía hay cuatro centros específicos de ITS, tres de los cuales solo cumplen esa misión de forma parcial y uno, en Sevilla, que si está dedicado plenamente a esta función.

Aunque este último atiende un importante volumen de demanda, sus usuarios y usuarias proceden en un 96% de Sevilla. Esto supone en definitiva que las personas del conjunto de Andalucía son atendidas de una manera y las de Sevilla cuentan con un recurso especializado y específico. Las ITS deben beneficiarse del mismo modelo de abordaje que el resto de las enfermedades, basado en la búsqueda de la máxima accesibilidad y respuesta efectiva según niveles de complejidad.

Tabla 38: Programas y actividades llevadas a cabo por las CAES.

Programa o Actividad	Nº de CAES que lo llevan a cabo
Seguimiento en Unidades de Enfermedades Infecciosas	7
Control Adherencia Antirretrovirales	7
Registro Antirretrovirales	7
Control Adherencia Antituberculosos	7
Atención a Toxicomanías	6
Cursos para Acogidos	6
Cursos Formación Educadores	7
Programas de Ocio	7
Programas Inserción Laboral	6
Programas Reinserción Familiar	7
Talleres, manualidades, infomática, teatro	7

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Estigma y mundo laboral

Desde el principio de la epidemia de VIH/sida, ha existido una importante preocupación por el respeto a los derechos de las personas afectadas. La respuesta social de rechazo provocó situaciones de exclusión laboral que en diferentes medidas se siguen perpetuando.

Entre los pacientes con VIH/sida, la tasa de desempleo es especialmente alta (53,7%) y los prejuicios sociales y la discriminación son las principales barreras de las personas con VIH para incorporarse al trabajo y para el desarrollo de una actividad laboral normalizada, ahora que los TARGA lo hacen posible. Otras barreras importantes son las relacionadas con los problemas de salud y de capacitación personal y profesional.

La exclusión laboral supone un factor potenciador de otras causas de exclusión como la pobreza o las dificultades para disponer de vivienda

Los resultados del estudio “Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial” muestran que más de la mitad de las personas con VIH en paro desean volver a trabajar y ven en ello una oportunidad para mejorar su calidad de vida. Sus principales motivaciones son económicas (81,7%), pero también importan los beneficios personales y psicológicos tales como sentirse útil (78,3%) y normal (69%), y por los beneficios sociales al contribuir a la sociedad (59%). En definitiva, no se trata sólo de no empobrecerse, sino de percibir el valor social de la propia persona como un mecanismo de mejora de la autoestima, de integración social y de recuperación de una trayectoria vital truncada por la enfermedad.

Análisis de Situación

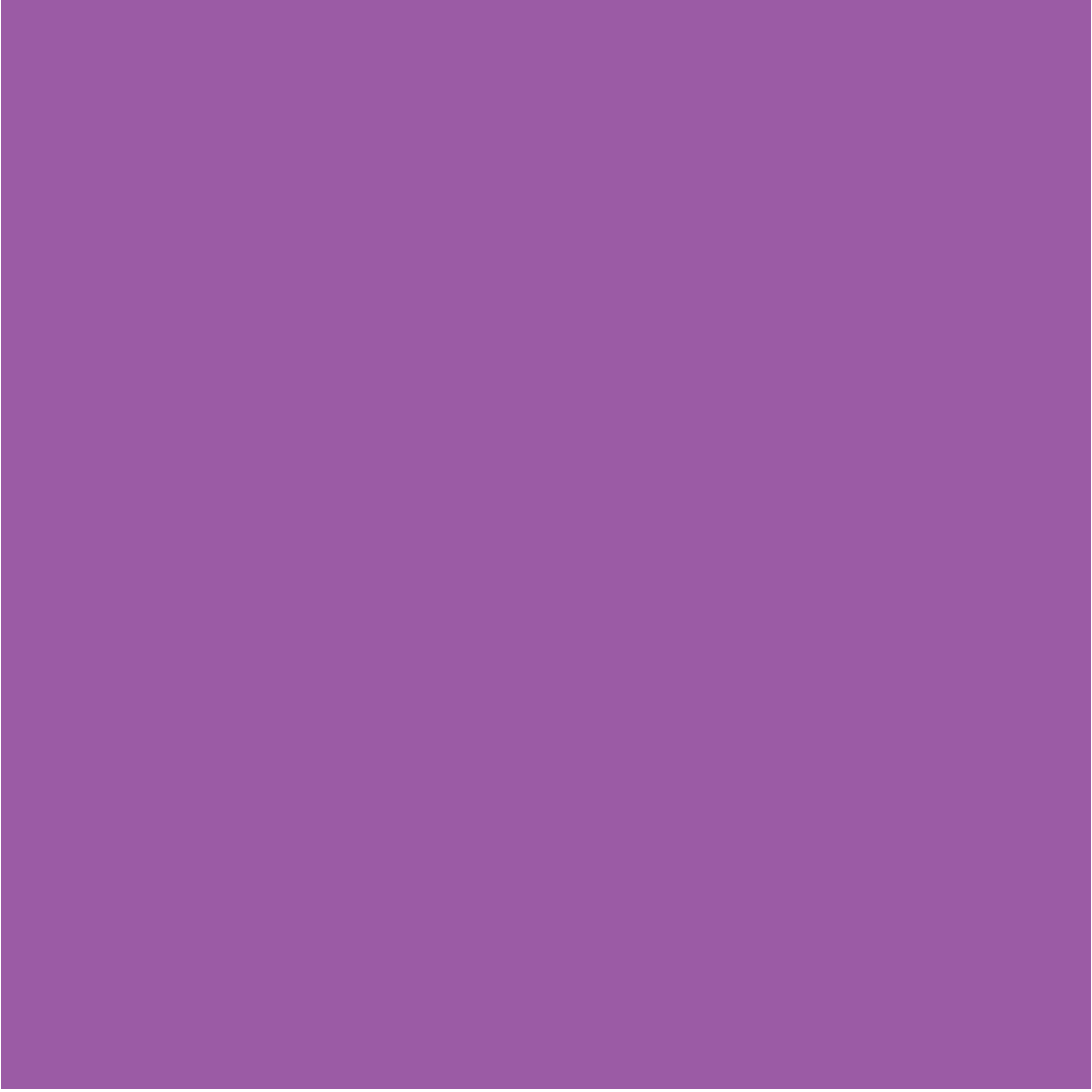
Asimismo, la información existente sobre el VIH y el sida en el contexto laboral es claramente insuficiente. Hay que reducir los miedos relacionados con la transmisión casual del virus y las creencias erróneas sobre la falta de productividad de estas personas.

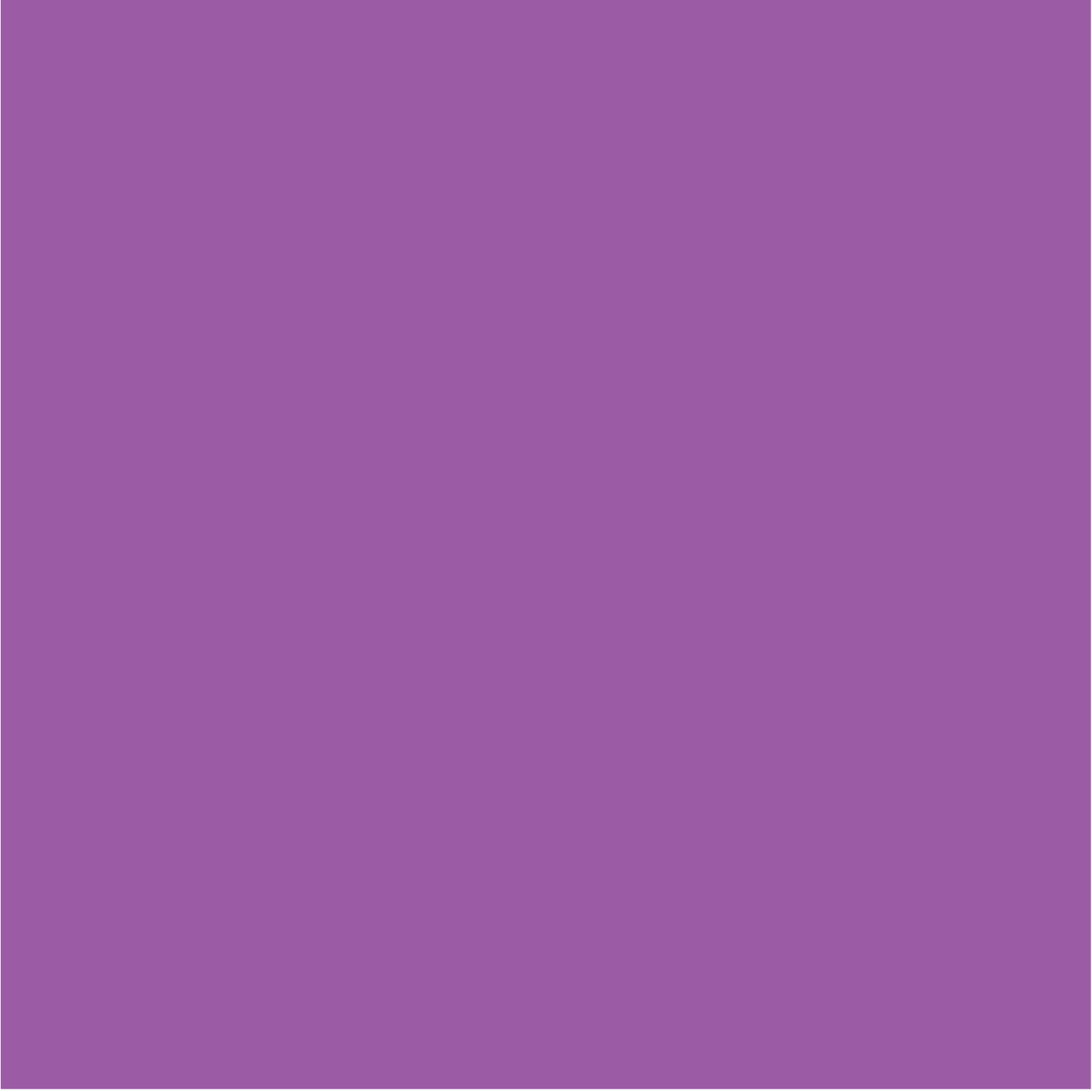
El 71,9% de las personas con VIH que no trabajan tienen miedo a la discriminación en el ámbito laboral. La mayoría (72,6%) de los que buscan empleo temen que en el trabajo descubran que son VIH+. Sólo el 20,20% de los que trabajan comunican su situación en el ámbito laboral y un 24,4% afirma haber sufrido algún tipo de discriminación, ya sea mediante el rechazo o el despido.

Las principales barreras para que estas personas puedan acceder al trabajo son la discriminación (71,9%), el miedo de dar a conocer su situación (72,6%) y las preocupaciones derivadas de los cambios de salud (84,9%).

Las conclusiones señalan que para aquellas personas que viven con VIH y están trabajando, las principales dificultades que se encuentran en el ámbito laboral son la discriminación, los cambios de salud y la presión psicológica producidos al ocultar la enfermedad.

El estigma y la discriminación siguen generando miedo al rechazo en la actualidad, por lo que la mayoría de las personas con VIH (79,8%) deciden no comunicar su situación en el trabajo, algo que a menudo afecta a la salud física y psíquica de la persona afectada.





6. Estrategias

Estrategia 1

Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en población general

Tal como se describe en el análisis de situación de este documento, la epidemia de VIH ha cambiado. Si hace dos décadas la transmisión de la enfermedad se producía fundamentalmente por uso compartido de material de inyección en usuarios de drogas inyectadas, actualmente la transmisión sexual es el mecanismo más importante.

Probablemente, la interacción de varios factores como un cierto descenso en la intensidad de las actuaciones de sensibilización frente a los riesgos y a las consecuencias de la enfermedad y el mencionado cambio en el comportamiento epidemiológico y pronóstico de la enfermedad, han hecho que la percepción del riesgo de transmisión sexual del VIH entre la población general sea muy baja, especialmente del riesgo de transmisión heterosexual, provocando un descenso de la conciencia sobre la necesidad de adoptar medidas de prevención. La ciudadanía, en conjunto, vive la epidemia como algo ajeno, con pocas probabilidades de afectarle y, en el caso de que eso sucediera, con tratamientos eficaces y accesibles.

Al igual que cuando se trata de promover cambios de conducta hacia opciones más saludables en otros aspectos de los estilos de vida como la alimentación, la actividad física o el consumo de tabaco, los objetivos de promoción del “sexo seguro” han evolucionado de pretender que las personas observen conductas apropiadas en cualquier circunstancia, a aceptar que ese objetivo es poco realista, sobre todo para algunas personas con prácticas de riesgo, y a asumir metas menos ambiciosas pero más pragmáticas, más cercanas a lo que es posible conseguir con estas personas. Dicho de otro modo, se va pasando de la prohibición de la conducta de riesgo a la capacitación para el afrontamiento de la misma. Por ejemplo, en el caso del uso del condón, los mensajes basados en la inculcación del miedo al sida han dejado paso a una gestión del riesgo bien informada, en un contexto de aceptación, acceso y capacitación para su uso.

Es necesario seguir haciendo énfasis en la promoción de la cultura del sexo seguro y la reducción de riesgos entre la población, seguir informando sobre la infección por el VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas de prevención, de manera que las personas cuenten con los conocimientos necesarios para identificar adecuadamente las situaciones y las conductas relacionadas con el riesgo de infección.

En este sentido, es importante considerar la capacidad de los medios de comunicación para la creación de estados de opinión y actitudes entre la población, por lo que resulta imprescindible promover estrategias conjuntas entre el sector salud y el de la comunicación.

Con todo, no sólo es necesaria la información. En el caso del sexo, como en otras conductas humanas, existen comportamientos paradójicos en los que las personas optan por conductas de riesgo a pesar de contar con suficiente información sobre ellas. Por tanto, no basta proporcionar información, es necesario promover actitudes positivas y dotar a las personas de habilidades y recursos psicológicos para el afrontamiento de situaciones de riesgo.

En este sentido, es preciso admitir que las personas no siempre asumen pautas de sexo seguro en todas sus relaciones sexuales. Plantearse que las personas tienen un comportamiento que es siempre sin riesgo o siempre con él es no reconocer

que las conductas humanas son más complejas y cambiantes. Asumiendo este hecho, es preferible capacitar a las personas para que puedan hacer una “gestión informada del riesgo” que facilitarle consignas simples de formular y difíciles de seguir.

En la decisión de adoptar una conducta saludable es necesario contar con las competencias personales adecuadas y también con un entorno que facilite su elección. Por ello, es importante conocer cuales son las competencias con las que debe contar una persona para desarrollar una sexualidad saludable, para vivirla desprovista de estereotipos marcados por los roles de género y para adoptar las medidas de protección oportunas. De este conocimiento dependerá que se puedan diseñar estrategias educativas que puedan tener un impacto positivo en el futuro.

Pero también es preciso analizar el entorno en el que se desenvuelve la vida sexual de las personas en nuestro medio para poner en marcha mecanismos que reduzcan las barreras de acceso al sexo seguro, y específicamente al uso del preservativo, y aumenten las oportunidades para extender su uso.

Objetivos

1. Incrementar el nivel de información de la población sobre la infección por VIH e ITS y sus mecanismos de transmisión, especialmente en aquellas personas con mayores dificultades de acceso a la información.
2. Intensificar las estrategias de promoción del uso del preservativo y del acceso al mismo.
3. Promocionar una gestión bien informada del riesgo de transmisión del VIH y otras ITS.
4. Impulsar el cambio de las actitudes de mujeres y hombres relacionadas con los condicionantes de género que dificultan la prevención de la transmisión heterosexual del VIH.
5. Cooperar con los medios de comunicación y sensibilizarlos para que mantengan la visibilidad de la epidemia .
6. Reducir las barreras y aprovechar las oportunidades de acceso a prácticas de sexo seguro

Actividades

1. Se diseñarán y difundirán materiales dirigidos a informar y sensibilizar en hábitos de prevención ante el VIH y otras ITS, que contemplen específicamente la perspectiva de género y las necesidades de las personas con diferentes tipos de discapacidad, para incluir en:
 - Plataformas virtuales y soportes dependientes de las administraciones públicas (sitios Web, salud al día,..)
 - Folletos adaptados a diferentes segmentos de población (Forma joven, general,...) y a personas con discapacidad
 - Actividades formativas y lúdicas adaptadas a diferentes segmentos de población (Contra el sida deja tu huella, la red)
 - Material audiovisual (Miradas al sida, como, cuando y donde quieras,...)

- Otros soportes y formatos accesibles a la población general: carteles promocionales, entradas de los principales Festivales de Música de Andalucía, carátula de preservativos,...
- 2. Se hará un concurso de ideas anual sobre formas baratas de publicidad y sexo seguro entre jóvenes
- 3. Se producirán y distribuirán recursos para sensibilización y material de prevención a entidades públicas y privadas que se dirijan a grupos de población de diferentes características. Dicha distribución incluirá la transmisión a los destinatarios/as de mensajes preventivos que refuercen su utilización.
- 4. Se impulsará la educación sexual y las asesorías en la Estrategia Forma Joven en el medio educativo y comunitario, mediante la creación de recursos didácticos para dotar a los chicos y las chicas de competencias para desarrollarse con una sexualidad saludable y, dirigidas especialmente a abordar el problema del uso del preservativo cuando el chico no quiere utilizarlo.
- 5. Se desarrollarán acciones para aprovechar oportunidades para la difusión de información y sensibilización en otros entornos: servicios médicos de empresas, mutuas, fuerzas armadas, escuelas taller, etc
- 6. Se desarrollarán actividades formativas sobre los condicionantes de género en la cadena de transmisión del VIH mediante alianzas formales o informales con las instituciones, organismos y entidades de carácter público y privado.
- 7. Se pondrán en marcha acciones específicas y continuadas en el tiempo dirigidas a sensibilizar a los medios de comunicación masiva, mediante el establecimiento de alianzas con universidades, asociaciones de periodistas y empresas de medios de comunicación para el análisis del tratamiento periodístico del sida y del riesgo de ITS, la realización de talleres con periodistas, la elaboración de un manual de estilo o de buenas prácticas en comunicación y sida, la incorporación de contenidos sobre sida a los cursos de periodismo y salud, la elaboración de una propuesta de colaboración con las facultades de periodismo y comunicación.
- 8. En colaboración con otras Consejerías y otras entidades como la Federación de AMPAs, Asociaciones de Consumidores y Usuarios y Asociaciones y ONGs que trabajan en VIH/sida se llevará a cabo un estudio sobre barreras y oportunidades de acceso al preservativo, sobre todo de la población más joven.

Indicadores de proceso

- 1. Número y tipo de materiales editados dirigidos a informar y sensibilizar en hábitos de prevención ante el VIH y otras ITS, que contemplen específicamente la perspectiva de género, para incluir en: plataformas virtuales y soportes dependientes de administraciones públicas (páginas Webs, salud al día,...)
- 2. Número de ediciones de concursos de ideas
- 3. Número y tipo de recursos editados para sensibilización y material de prevención a entidades públicas y privadas que atiendan a diferentes colectivos de población desde el movimiento asociativo
- 4. Porcentaje de centros educativos que incorporan la educación sexual en Forma Joven del total de centros que

Estrategias

participan en este programa.

5. Número y tipo de actuaciones desarrolladas para aprovechar oportunidades para difusión de información y sensibilización en otros entornos: servicios médicos de empresas, mutuas, fuerzas armadas, escuelas taller, etc dirigidas a sensibilizar a los medios de comunicación
6. Número y tipo de acuerdos alcanzados con las instituciones, organismos y entidades de carácter público y privado, para informar sobre el condicionante de género en la cadena de transmisión del VIH.
7. Número y tipo de actuaciones desarrolladas dirigidas a sensibilizar a los medios de comunicación
8. Disponibilidad del estudio sobre barreras y oportunidades de acceso al preservativo, sobre todo de la población más joven.

Estrategia 2

Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en subgrupos que requieren intervenciones específicas. (HSH, personas que ejercen prostitución, personas inmigradas, personas privadas de libertad)

La infección por el VIH tiene un impacto negativo desproporcionado en los grupos de población más desfavorecidos socialmente. El riesgo en la transmisión del VIH o de otras ITS depende de las prácticas de cada persona y no del grupo al que pertenezca, pero existen segmentos de población con mayor riesgo de infección por el VIH porque comparten estilos de vida y carencias en información, en acceso a medios preventivos y en acceso a los servicios de salud.

Al diseñar intervenciones preventivas dirigidas a poblaciones más vulnerables y no a personas individuales siempre se corre el riesgo de estigmatizarlas. Por este motivo es imprescindible la participación de la población destinataria en el diseño y el desarrollo de estos programas, que deben contar con su aceptación y estar adaptados a su forma de vida.

La información epidemiológica disponible nos indica que, en la actualidad, los subgrupos de población que requieren intervenciones específicas son: los hombres que tienen sexo con hombre (HSH), las personas usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP) y las personas que ejercen prostitución (PEP) y sus clientes.

Por otra parte, existen grupos, como el de las personas inmigrantes, con características diferenciales que pueden determinar mayor vulnerabilidad frente al VIH y que necesitan una adaptación de los programas para mejorar su efectividad. Tampoco hay que olvidar la existencia de ámbitos institucionales específicos en los que la intervención preventiva puede ser particularmente eficiente y requiere una intensidad especial. Este es el caso de los centros penitenciarios.

Por todo ello, en esta estrategia se hace referencia a:

- Hombres que tienen sexo con hombres
- Personas que usuarias de drogas por vía parenteral
- Personas que ejercen la prostitución y sus clientes
- Personas inmigrantes
- Personas privadas de libertad

Hombres que hacen sexo con hombres (HSH)

Uno de cada tres nuevos casos de VIH positivo se debe a prácticas sexuales entre hombres. Actualmente es el único grupo de población donde aumenta la infección.

Uno de cada diez hombres que mantiene relaciones sexuales con otros hombres está afectado de VIH y más de la mitad de las nuevas infecciones las producen personas que no saben que conviven con el VIH. Uno de cada tres de los hombres afectados no sabe que lo está y entre los motivos para no hacerse la prueba destacan el miedo al estigma y la discriminación.

Otro aspecto relevante es la presencia de ITS, observándose un aumento de los casos de sífilis. Las ITS son un indicador indirecto de prácticas de riesgo y además su presencia aumenta la transmisión de VIH.

Cualquier hombre que practica sexo con hombres y que sufra una ITS tiene mayor probabilidad de haber estado expuesto

al VIH porque la ITS muestra que no ha tenido una protección eficaz. Por esto, VIH e ITS son fenómenos relacionados y deben abordarse de forma conjunta.

Entre HSH, la infección por Virus de la Hepatitis C se transmite por vía sexual. Algunos estudios han mostrado que los principales factores de riesgo asociados a la transmisión del VHC en hombres gays sin antecedentes de uso de drogas inyectadas son: un diagnóstico de VIH, mantener prácticas sexuales de alto riesgo sin protección y el uso de drogas.

También la Hepatitis A ha tenido un aumento de incidencia entre HSH por lo que se hace necesario intensificar las medidas preventivas, tanto de higiene personal como de vacunación.

El acceso fácil a los medios preventivos debe alcanzar a aquellos lugares donde los HSH mantienen contactos sexuales, facilitando la dispensación gratuita de condones y lubricantes en saunas y otros lugares donde se practica el sexo.

Por último, en relación con las campañas preventivas dirigidas a los HSH, es necesario diversificar y ampliar los medios de difusión a fin de alcanzar a los más jóvenes y a los que no frecuentan los lugares de ambiente gay, y elaborar materiales adaptados a sus necesidades, incluyendo el uso de internet y otras tecnologías para la difusión de la información y la prevención de la infección por VIH/ITS.

Usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)

La tercera década de la epidemia ha visto consolidarse en España una nueva situación epidemiológica en las personas que se inyectan drogas. La década de los ochenta contempló la traumática y abrupta difusión de la epidemia en esta población y una titubeante respuesta institucional. En los noventa se generalizaron los programas preventivos ligados a las políticas de reducción de daños, y esta tercera década está permitiendo ver el efecto de dichas intervenciones. Durante los primeros veinte años las personas que se inyectan drogas cargaron con casi todo el peso de la enfermedad, y este mayor número de infecciones fue responsable del enorme impacto de la epidemia.

En la actualidad, sin embargo, el número de infecciones en esta población ha disminuido considerablemente, pasando a constituir menos de una de cada cinco nuevas infecciones diagnosticadas. El control de la epidemia en esta población constituye el principal determinante de la disminución de la incidencia de nuevas infecciones diagnosticadas en el conjunto de la población.

El consumo de drogas inyectado ha sido sustituido progresivamente por la inhalación en los nuevos consumidores. La inyección es ya minoritaria en Andalucía mientras crece de forma constante el de nuevos consumidores de cocaína que, aunque no se inyectan, tienen un alto nivel de prácticas sexuales de riesgo. En ellos, la prevalencia de infección por VIH es prácticamente similar a la población general, por lo que, por ahora, no son objeto de especial preocupación desde el punto de vista de la prevención del VIH/sida.

No obstante, teniendo en cuenta la importancia actual de la transmisión sexual de los UDVP a sus parejas, deben intensificarse las actividades de prevención para las personas con VIH, tal como se plantea en el capítulo de este Plan que trata de la Prevención Positiva y desarrollar programas específicos para parejas serodiscordantes, independientemente de que uno de los miembros de la pareja se inyecte drogas o no.

Además, el hecho de que la proporción de inyectores sea menor no significa que no sea una cantidad importante y debe evitarse la propagación de la epidemia a través de ellos, no sólo mediante la prevención positiva, sino también mediante otras estrategias como el intercambio de jeringuillas, que debe ser facilitado en todas las oportunidades posibles.

Desde hace más de 10 años hay evidencias científicas de que los programas de dispensación de metadona suponen una oportunidad eficiente para mejorar la adherencia a las medidas preventivas y a los tratamientos.

Personas que ejercen prostitución

En el ejercicio de la prostitución son muchos los factores relacionados con un mayor riesgo de infección por el VIH. Entre ellos cabe destacar el número diario de contactos, el tipo de prácticas sexuales, la frecuencia de uso del preservativo o la historia de ITS, pero también el estigma y la invisibilidad son factores esenciales, así como las situaciones de violencia que afectan sobre todo a mujeres y en las que a muchas de ellas se les obliga a mantener sexo sin protección o se les ponen dificultades para acceder a cuidados médicos.

La mayor vulnerabilidad frente al VIH de las personas que ejercen la prostitución se debe en muchos casos a la privación de derechos humanos fundamentales, que favorece condiciones de insalubridad, indefensión, violencia, precariedad económica y social, estigma, marginalidad y exclusión social.

El fenómeno de la prostitución ha cambiado en los últimos años, caracterizándose por un aumento de las personas inmigrantes, una disminución de la edad y una menor presencia entre ellas del consumo inyectado de drogas. Las personas que ejercen la prostitución (PEP) de origen español son minoritarias, observándose una mayoría de mujeres procedentes de Latinoamérica y África subsahariana.

Existe también una “migración sexual” en busca de una mayor apertura social que se da fundamentalmente en mujeres transexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) provenientes de Latinoamérica, el Magreb y Europa del Este. Ello determina que, al plantear cualquier tipo de intervención en prevención del VIH, sea importante conocer las diferentes perspectivas de estas personas en función de sus valores, creencias y de la cultura de sus países de origen. También los valores y creencias de nuestra sociedad pueden tener una gran implicación en la vulnerabilidad frente al VIH de las personas inmigrantes, más allá de las construcciones culturales del concepto de salud. La sociedad de acogida debe asumir su co-responsabilidad en la vulnerabilidad teniendo en cuenta la estructura social y económica y el espacio que en ella ocupan las personas inmigrantes, y abordar los programas preventivos desde este marco.

Las mujeres que ejercen la prostitución refieren usar el preservativo con los clientes de forma generalizada. Por el contrario, no suelen utilizarlo en las relaciones sexuales que mantienen en su vida privada. En el caso de transexuales y hombres, los porcentajes de uso del preservativo son considerablemente menores tanto con clientes como en sus relaciones personales.

Son muchos los elementos a tener en cuenta a la hora de iniciar un programa de prevención del VIH/ITS dirigido a PEP y entre ellos destacan: disponer de un buen conocimiento de la realidad sobre la que se va a intervenir; la existencia de servicios sanitarios, sociales, psicológicos o legales donde derivar a las PEP que lo necesiten; la necesidad de promover un enfoque global de salud y bienestar en el trabajo y la implicación de todos los agentes interesados.

Las principales intervenciones preventivas cuya eficacia ha sido demostrada para reducir el riesgo sexual del VIH/ITS son el acceso al material preventivo (preservativos masculinos y femeninos, lubricantes), la formación para adquirir las habilidades necesarias para negociar el uso del condón, incluyendo medidas para reforzar la igualdad necesaria que haga viable esta negociación, el trabajo de los agentes de salud en la calle, la educación entre pares, la mediación cultural, las asociaciones de autoayuda, la información para un trabajo de calle más seguro o las guías para la salud laboral y la seguridad en el trabajo en locales donde se ejerce la prostitución.

Dentro de las estrategias de prevención del VIH en PEP adquiere especial importancia el trabajo de acercamiento comunitario o el trabajo de calle, ya que favorece el conocimiento de los lugares y condiciones de trabajo, facilita el acceso al material preventivo, mitiga el aislamiento en el que se encuentran muchas de las PEP y ofrece la posibilidad de acercarse a un colectivo de alta movilidad y poca visibilidad.

Personas Inmigrantes

La inmigración en España ha pasado de ser un fenómeno temporal a convertirse en un fenómeno continuo que consolida a nuestro país como destino de muchos inmigrantes. Las personas inmigrantes son ya parte de la sociedad andaluza. Entre los retos pendientes, está el de facilitar que las personas inmigrantes protejan y mejoren su salud, y en este marco se incluye la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH. Para ello es necesario tener en cuenta la situación de la población inmigrante desde una perspectiva integral, es decir considerando los valores sociales y culturales que pueden incidir en su salud.

La prevención del VIH en la población inmigrante no tiene que ser diferente a la aplicada en la población autóctona; eso sí, deberá adecuarse a su cultura. Este enfoque no debe centrarse en las diferencias únicamente, sino también en las semejanzas. La diversidad cultural debe tener en cuenta la existencia de discriminación de “lo diferente” y las consecuencias del escaso poder de las comunidades de inmigrantes. Los inmigrantes deben implicarse en el diseño y la ejecución de las intervenciones. Esta aportación de la comunidad asegurará la pertinencia de las intervenciones y ayudará a encontrar medios para vencer los obstáculos en la prevención del VIH .

La población que viene de otros países es parte de la población general, si bien algunas razones no bien documentadas les hacen más vulnerables a la infección por VIH. De hecho, el 35% de las nuevas infecciones en España se produce en personas de origen extranjero, observándose un ascenso significativo de ese porcentaje desde el 29% en 2003 al 37% en 2007. En la población infectada de origen extranjero, existe una mayor proporción de mujeres que entre la de origen español por lo que, mientras la razón hombre/mujer se mantiene alrededor de 4 entre la población española, entre las personas inmigrantes es en torno a 2.

A esto se añaden las dificultades asociadas a las barreras idiomáticas, las distintas concepciones de la salud y de la enfermedad o el desconocimiento de los recursos sanitarios de Andalucía y la forma de acceder a ellos, para fomentar el retraso diagnóstico, haciéndoles más vulnerable al sida..

Distintos estudios realizados en población inmigrante encuentran que la prevalencia de VIH y la frecuencia de otras ITS (hepatitis B, sí filis, VPH...) pueden ser significativamente mayores en ella.

Por todo lo expuesto, el abordaje de la prevención del VIH en población inmigrante debe atenderse desde una perspectiva

interdisciplinar que incluya a las instituciones implicadas, valore los problemas detectados y las necesidades identificadas, priorice las áreas de intervención y contemple las redes y los mecanismos de participación social. Para el desarrollo de dichas actividades, el estilo de vida, la religión, la cultura, las tradiciones y la situación derivada de la inmigración deberán ser tenidas en cuenta. Igualmente, se considerarán las distintas estrategias que se han mostrado eficaces en la prevención del VIH, especialmente la educación de pares y la mediación intercultural.

Personas privadas de libertad

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 notablemente en los últimos años.

El sistema penitenciario español responde a los principios de la salud pública, y tiene incorporada una amplia gama de medidas de control de enfermedades infecciosas, que incluye pruebas de detección voluntarias, vacunación, educación, formación, reducción de I daño, tratamiento, reinserción social y vigilancia epidemiológica.

En ningún otro ámbito se aborda de manera tan integral la atención de las infecciones por VIH, VHB y VHC, las ITS y la tuberculosis. Este enfoque integral y el respeto a los derechos humanos ha de constituir los elementos básicos de la estrategia contra la infección por VIH en prisiones.

En 1993 la OMS emitió directrices sobre la infección por VIH y las prisiones que siguen estando vigentes. Entre ellas, que todos los presos tienen derecho a recibir sin discriminación los mismos cuidados de salud que recibirían en la comunidad. En nuestro país se cumple este principio en términos de asistencia sanitaria, pero existen todavía oportunidades de mejora en cuanto a las medidas preventivas.

Los tatuajes son cada vez más frecuentes en prisiones. Según la encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en instituciones penitenciarias, aproximadamente uno de cada cuatro internos afirma haberse realizado algún tatuaje estando en prisión. El uso de material no estéril para realizarlos conlleva riesgo de infección por VHC y, aunque en mucha menor medida, por el VIH. No está prohibido tatuarse pero sí las herramientas para realizar el tatuaje. Las iniciativas para tatuarse sin riesgos han de incluir la oferta de servicios de tatuaje profesionales, la formación de presos para aprender a tatuar en condiciones adecuadas y la provisión de equipamiento seguro.

El acceso fácil y discreto a los instrumentos de prevención y reducción del daño para todas las personas privadas de libertad, de modo que no tengan que efectuar una petición explícita al personal de vigilancia para ninguno de estos recursos son requisitos indispensables para alcanzar una cobertura suficiente, y para ello a menudo es necesaria la participación de ONG en estos programas.

Objetivos

1. Capacitar a las personas de todos los grupos para la adquisición de habilidades, tanto para proponer y aceptar el uso del preservativo, como para reducir los riesgos sexuales, adaptándolas culturalmente cuando sea apropiado
2. Reducir el número de ocasiones en que las personas de los grupos más vulnerables practican sexo sin protección
3. Proporcionar acceso fácil, discreto y universal de toda población en riesgo de exclusión a los instrumentos de prevención del VIH, a los programas de reducción de daños y al diagnóstico precoz.
4. Acercar la prevención del VIH/sida y otras ITS a locales de ambiente gay y espacios en los que se ejerce prostitución.
5. Mejorar los programas específicos de prevención de la transmisión sexual de otras ITS en usuarios de drogas infectados por el VIH, y de prevención de la transmisión sexual y diagnóstico precoz del VIH y otras ITS para sus parejas
6. Mejorar el autocuidado de la salud sexual de los grupos más vulnerables

Actividades

1. Se elaborará material informativo y material didáctico específico para cada población, adaptados a las características de cada subgrupo y de los profesionales que lo van a impartir.
2. Se pondrá en marcha de actividades que potencien la figura del educador de pares, promotor de salud y mediadores multiculturales.
3. Se distribuirá material preventivo (preservativo masculino, preservativo femenino, lubricantes, barreras dentales y kit de jeringuillas) específico para los diferentes colectivos, a través de programas de las diferentes administraciones y de las ONGs, garantizando la confidencialidad con las personas usuarias.
4. Se pilotará el intercambio de jeringuillas en algunos centros de salud para evaluar la posibilidad de aprovechar esta oportunidad de reducción de daño.
5. Se aprovechará la dispensación de metadona para realizar actividades de prevención positiva, reducción del daño y seguimiento de la adherencia al tratamiento. Para ello se formará al persona involucrado en la dispensación según lo previsto en el capítulo de Formación de este Plan.
6. Se realizarán pruebas de diagnóstico rápido de VIH por las entidades que a sumen el protocolo de uso establecido en Andalucía.
7. Se dará apoyo técnico y financiero a los programas de “outreach” de las ONGs que trabajen en locales de encuentro

de HSH y clubs en los que se ejerce prostitución.

8. Edición de recursos (folletos, videos, talleres, etc) sobre autocuidado que se incorporen al protocolo de atención de las personas diagnosticadas de VIH.
9. Se articularán procedimientos de participación e intercambio de información relativos a estos grupos específicos mediante los métodos y recursos descritos al tratar de las Alianzas Estratégicas y la Formación en este Plan.

Indicadores de proceso

1. Número y tipo de material informativo y material didáctico específico editado para cada población
2. Número y tipo de actividades que potencien la figura del educador de pares, promotor de salud y mediadores multiculturales
3. Número y tipo de material preventivo específico para los diferentes colectivos distribuido.
4. Número de centros que dispensan metadona con personal formado en prevención positiva, reducción de daños y promoción de la adherencia al tratamiento.
5. Número de test de diagnóstico rápido realizados.
6. Número de programas de outreach financiados.
7. Número y tipo de recursos sobre autocuidado editados.

Estrategia 3

Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en jóvenes y adolescentes.

La población joven y adolescente continúa estando en el centro de la pandemia del VIH en términos de transmisión, vulnerabilidad, impacto y potencial para cambiar las actitudes y los comportamientos que son la base de esta infección.

En nuestro medio se observa una tendencia a iniciar las relaciones sexuales con penetración a edades cada vez más tempranas, en las que la gestión del riesgo es más difícil. Al descender la edad de la primera relación sexual, aumenta el periodo de actividad sexual en jóvenes, con un mayor número de parejas sexuales y con mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales desprotegidas.

El uso del preservativo entre la población joven está cada día más extendido. A pesar de esta tendencia favorable, hay también indicadores indirectos de prácticas sexuales desprotegidas que, en ocasiones, podrían ser de riesgo para la infección por VIH. Entre estos indicadores está el importante crecimiento de las interrupciones voluntarias del embarazo, el empleo cada vez más frecuente de los métodos anticonceptivos de emergencia o el incremento de las ITS.

Diversos estudios muestran que la población joven percibe el propio riesgo de infección por VIH y otras ITS como algo lejano e improbable, que el VIH es una amenaza en cierta medida superada que sólo les ocurre a otros o a otras. Los motivos para no utilizar preservativo se asocian con esa baja percepción del riesgo pero también con otros factores como la escasa erotización del preservativo, la dificultad para una efectiva comunicación y negociación sexual, la influencia del grupo de iguales y los roles de género.

En la adolescencia las relaciones sexuales están sujetas a multitud de influencias externas que pueden favorecer una disminución del control de la situación y una mayor vulnerabilidad. Entre ellas destaca el consumo de alcohol y de otras drogas, la falta de planificación de las relaciones sexuales, la novedad de las parejas o el no disponer de preservativos.

Según la OMS, el comienzo de la adolescencia es el momento en el que pueden establecerse modelos duraderos de gestión responsable sobre la propia salud, un periodo idóneo para sensibilizar sobre la prevención del VIH, no sólo informando, sino asesorando y orientando sobre los distintos aspectos que pasan a ser importantes en su vida, como la sexualidad, el desarrollo de la identidad, la aceptación del propio cuerpo, la autoestima, la experimentación de nuevos roles o el grupo de amigos. El tabú en torno a la sexualidad dificulta llevar a cabo estos objetivos. Para llegar a los jóvenes son necesarios proyectos que contribuyan al diálogo social sobre la sexualidad y los derechos sexuales.

La educación afectivo-sexual en el sistema educativo en muchos casos no ha ido más allá de la voluntad de muchos profesores y la presencia puntual en las aulas de ONG y profesionales del sistema sociosanitario. Sin embargo, la principal estrategia para prevenir la infección por VIH en jóvenes continúa siendo la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela.

Otra forma eficaz de acercar la prevención del VIH a la población joven es a través de la educación no formal, especialmente a jóvenes económica o socioculturalmente desfavorecidos, a los que pueden no llegar los programas de educación afectiva sexual dirigidos a la población escolarizada, como es el caso de algunos segmentos de jóvenes inmigrantes cuyas condiciones sociales adversas conducen en ocasiones a situaciones de riesgo para su salud. Es importante identificar los problemas específicos de estos colectivos y adaptar las actividades de prevención y de asistencia a sus necesidades en un marco de

diversidad cultural. Para ello es básico el trabajo conjunto entre las administraciones, las organizaciones, consejos de juventud, asociaciones juveniles y asociaciones de inmigrantes.

Otro ámbito en el que confluyen adolescentes en situación social de riesgo son los centros de ejecución de las medidas privativas de libertad para menores. Es importante no olvidarse de ellos para evitar marginarlos del acceso a la información y a las medidas preventivas.

Probablemente los y las jóvenes constituyan la subpoblación más receptiva a la educación entre iguales. La OMS aconseja que participen activamente en todas las etapas de los programas de prevención del VIH, desde la conceptualización, el diseño, la implementación y la retroalimentación, hasta el seguimiento. Una mayor participación puede mejorar los resultados en cuanto al conocimiento, las actitudes, destrezas y conductas.

Los medios de comunicación ocupan un lugar cada vez más importante, y constituyen una de las principales fuentes de información sobre sexualidad para la población joven. Gran parte de su información proviene de las series de televisión, el cine, las revistas, internet, etc. que representan cauces excelentes para difundir mensajes de prevención del VIH.

Si bien es cierto que se aprovecha el alcance de algunos medios, como el televisivo, para hacerles llegar mensajes e informaciones adecuados en relación con la salud sexual, se siguen filtrando en ocasiones ideas erróneas y distorsionadas respecto a la sexualidad, la salud sexual y el VIH. Dado su importante papel resulta fundamental contar con ellos para que de forma integrada y continua muestren aspectos más positivos y saludables de la sexualidad, desmonten falsos mitos, informen, sensibilicen y eduquen.

Objetivos

1. Incorporar la prevención del VIH en el contexto de la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela, en todas las etapas del proceso educativo y adaptada a la edad y a la diversidad cultural del alumnado.
2. Promocionar el uso del preservativo entre las personas jóvenes como método anticonceptivo, a la vez que de prevención de la infección por el VIH y otras ITS, para lograr una mayor aceptación y normalización de su uso, incluyendo medidas para facilitar el acceso.
3. Introducir en los programas dirigidos a los grupos más vulnerables actividades de prevención de infección por VIH y otras ITS adaptadas a los más jóvenes (jóvenes gays, jóvenes UDI, jóvenes inmigrantes, mujeres jóvenes)
4. Lograr la participación de los jóvenes en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de prevención del VIH/ITS.
5. Colaborar con los medios de comunicación para ofrecer campañas adaptadas a la población joven, utilizando las nuevas tecnologías y todas aquellas redes usuales en jóvenes y adolescentes

Actividades

1. Se incorporará a la formación del profesorado la sexualidad y la prevención de ITS y VIH
2. Con la participación de jóvenes de diferentes procedencias, se desarrollarán recursos didácticos y materiales informativos para jóvenes sobre ITS y VIH que puedan ser utilizados en diferentes entornos por agentes sociales que trabajen con jóvenes
3. Se adaptarán los materiales formativos y lúdicos sobre ITS y VIH a las características de los jóvenes de mayor vulnerabilidad social.
4. Se llevarán a cabo programas de actividades específicas en centros de jóvenes privados de libertad, entidades que trabajan con jóvenes usuarios de drogas y entidades que desarrollan su trabajo con jóvenes inmigrantes.
5. Se diseñarán concursos de ideas publicitarias sobre diferentes temáticas relacionadas con el VIH y otras ITS dirigidas específicamente a jóvenes.
6. Se diseñará una estrategia comunicativa que incluya la inserción de mensajes preventivos de VIH y otras ITS en las plataformas virtuales más frecuentadas por jóvenes.
7. Se utilizarán las páginas web de Forma Joven, Patio Joven, Miscelánea y todas aquellas plataformas que brinden una oportunidad para difundir información sobre salud sexual y prevención de ITS y VIH, dinamizando actividades a través de la misma y creando un foro para que puedan comunicarse las personas mediadoras que participan en dichos programas.

Indicadores de proceso

1. Número de cursos impartidos de formación del profesorado en sexualidad y prevención de ITS y VIH.
2. Número y tipo recursos didácticos y materiales informativos producidos para jóvenes sobre ITS y VIH.
3. Número y tipo de materiales adaptados.
4. Número y tipos de programas desarrollados específicamente en centros de jóvenes privados de libertad, en entidades que trabajan con jóvenes usuarios de drogas y en entidades que desarrollan su trabajo con jóvenes inmigrantes.
5. Número y tipos de concursos realizados sobre diferentes temáticas relacionadas con el VIH y otras ITS que están dirigidas específicamente a jóvenes.
6. Número y tipo de actuaciones comunicativas que incluyan la inserción de mensajes preventivos de VIH y otras ITS en las plataformas virtuales más frecuentadas por jóvenes.
7. Número y tipo de contenidos publicados en plataformas web de jóvenes y de titularidad pública.

Estrategia 4

Mejora de la atención sanitaria y el diagnóstico precoz del VIH.

Desde el principio de la epidemia de sida, Andalucía ha garantizado una asistencia sanitaria universal, gratuita y con el nivel científico acorde a los conocimientos disponibles en los países más desarrollados. Actualmente, el Sistema Sanitario Público Andaluz sigue ofertando los mejores recursos de diagnóstico y tratamiento que existen, de forma que una de las oportunidades de mejora consiste en adelantar el diagnóstico de la infección antes de que aparezcan signos o síntomas de la enfermedad, como forma de iniciar el tratamiento lo más precozmente posible y mejorar el pronóstico de las personas infectadas.

La principal barrera de acceso al tratamiento es hoy el retraso diagnóstico. Las personas que son diagnosticadas tardíamente de su infección no pueden aprovechar muchas de las ventajas que la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) proporciona, transformando una enfermedad altamente letal en una enfermedad crónica con una expectativa de vida mucho mejor que la que había antes de la aparición de los TARGA.

Además, desde la perspectiva preventiva, hoy se sabe que las personas infectadas que desconocen su estado serológico tienen mayor prevalencia de prácticas sexuales de riesgo que quienes ya han sido diagnosticadas y, por tanto, su potencial como fuente de contagio es mayor. También se sabe que las personas no tratadas tienen unas viremias mucho más altas que las correctamente tratadas, por lo que es mayor la transmisibilidad, en especial durante la infección aguda.

Se estima que el 25% de las personas con VIH desconocen su estado serológico (1 de cada 4) y es este grupo el responsable de más de la mitad de las nuevas infecciones.

Por tanto, las iniciativas orientadas a promover un diagnóstico precoz constituyen en la actualidad uno de las actuaciones más eficientes de control de la transmisión de la infección así como de tratamiento de las personas infectadas...

Desde hace unos años hay pruebas de diagnóstico rápido que permiten detectar posibles casos de infección en unos minutos y utilizan saliva o sangre capilar, resultando su manejo sencillo y económico. Se trata de test con alta sensibilidad y especificidad, seguridad y facilidad de manejo.

En nuestro contexto, la prueba rápida del VIH no se aconseja para el uso rutinario en los hospitales por ser menos específica que la que se utiliza habitualmente (ELISA) y mucho más cara. Sólo estaría indicado utilizarla en situaciones especiales en las que sea necesario contar con un diagnóstico antes del tiempo que tarde la prueba de laboratorio. Este sería el caso de las embarazadas que sean atendidas en hospitales que no puedan disponer de resultados de ELISA en pocas horas y que en el momento del parto no pudieran documentar el resultado negativo de un test de VIH y hubieran podido tener prácticas de riesgo, con el objeto de tomar las precauciones necesarias para minimizar el riesgo de transmisión maternofetal.

Sin embargo, el uso de estas pruebas podría ser de mucha utilidad en programas de acercamiento a poblaciones específicas y con riesgo de infección por VIH ("outreach"), con la finalidad de prevenir nuevas infecciones e instaurar el tratamiento y asesoramiento adecuados en personas que desconocen que son seropositivas al VIH y que habitualmente no son usuarios de la atención médica convencional.

El informe publicado por Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, en 2009 sobre la Prueba de detección rápida de la infección por VIH/ propone como requisitos para la aplicación de la prueba:

1. Selección de la población diana. Focalizada hacia la que tiene un alto riesgo de infección del VIH.
2. Establecer un control de calidad (interno y externo) en el lugar donde se ofrecen estos tipos de test y realizar, periódicamente, una evaluación externa de la calidad del servicio. Se recomienda, también, que los centros en los que se aplican las pruebas de detección rápida estén coordinados o relacionados con un laboratorio de referencia para asegurar que se informa correctamente de los resultados de las pruebas.
3. Asesoramiento adecuado (counselling). Se tendría que incluir un asesoramiento inicial (asesoría pre-test) a la realización de la prueba que incluya el significado de un resultado positivo preliminar, del riesgo de un falso negativo, así como de la necesidad de esperar el resultado de la prueba confirmatoria. Todos los pacientes con resultados positivos deberían recibir asesoramiento post-test para la reducción de las prácticas de riesgo

Conviene considerar que existen tres estrategias complementarias de diagnóstico precoz:

- Una es realizar una prueba convencional de VIH en una muestra de sangre a toda persona que acude a un servicio sanitario preocupada por haber tenido prácticas de riesgo
- Otra es realizar un cribado oportunista dirigido a las personas que tienen una mayor frecuencia de prácticas de riesgo. En este caso se dirige la captación hacia determinados colectivos y segmentos de población, acercándose a ellos (outreach) y utilizando test de diagnóstico rápido que posteriormente requerirán de un test de diagnóstico confirmatorio
- La tercera es el cribado sistemático, no oportunista, que en nuestro medio sólo se hace a donantes de sangre y hemoderivados y a embarazadas, lo que ha permitido reducir a cero la transmisión por transfusiones y casi a cero la transmisión vertical de madre a hijo.

Por otra parte, el Proceso Asistencial Integrado de VIH/sida define las pautas de acceso, diagnóstico, tratamiento y cuidados necesarios para las personas que sufren a infección y/o la enfermedad. La potenciación de la implantación y la evaluación de la calidad de este Proceso constituye otra oportunidad de mejora.

Además, tal como se ha mencionado en el análisis de situación, puede mejorarse todavía en el seguimiento, por parte de los servicios de Atención Primaria, de los problemas de salud que afectan cada vez con mayor frecuencia a estas personas. Esto permitirá:

- Acercar el seguimiento médico y los cuidados al entorno donde viven las personas enfermas,
- Normalizar la respuesta sanitaria para esta enfermedad, asimilándola a otras y reduciendo el estigma y mejorar el grado de autonomía de las personas infectadas o enfermas.

Se trata, en definitiva, de ir progresivamente dando los pasos necesarios para abordar la infección por VIH/sida como cualquier otra enfermedad crónica que se atiende en Atención Primaria u hospitalaria en función de la complejidad de cada situación. Esta opción incluirá también la dispensación progresiva de TARGA en Atención Primaria como manera de acercarla al domicilio de quienes siguen el tratamiento.

La mejora de la respuesta asistencial debe también tener en cuenta que el movimiento asociativo y las ONGs cumplen un papel determinante tanto en la mejora de la captación de personas para adelantar el diagnóstico como en la adherencia de las personas al tratamiento. No hay que olvidar que, todavía, una mayoría importante de personas infectadas y enfermas son adictos a drogas por vía parenteral y viven en entornos en los que la accesibilidad al sistema sanitario es baja. Por tanto, la cooperación entre el SSPA y las ONGs que acercan sus cuidados a estas personas es una parte fundamental de las estrategias de mejora.

Objetivos

1. Reducir el retraso diagnóstico, aumentando la tasa de diagnóstico precoz y asegurando el acceso equitativo a las pruebas diagnósticas a toda la población.
2. Garantizar que todas las personas infectas por VIH reciben atención sanitaria en el nivel más adecuado a su situación y acceden al tratamiento con criterios de calidad y equidad.
3. Impulsar la implantación del PAI infección por VIH/sida en los centros sanitarios dependientes del SSPA y el cumplimiento de las recomendaciones recogidas en el mismo.
4. Mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y el resto de instituciones y organismos que juegan, o puedan jugar, un papel en el diagnóstico y la asistencia a personas con infección por VIH (ONGs, asociaciones, entidades locales, otras Consejerías....)

Actividades

1. Se consolidará y ampliará el convenio de colaboración entre la Consejería de Salud y las asociaciones y entidades andaluzas que desarrollan su trabajo en el ámbito del VIH/sida que establece la operativa básica para el uso de los test rápidos de detección de anticuerpos de VIH en saliva.
2. Se intensificarán, ampliarán y diversificarán las campañas de detección precoz y sensibilización dirigidas a los colectivos más vulnerables, adaptadas a los distintos perfiles y contextos identificados, en colaboración con el movimiento asociativo y con otras instituciones dependientes de la administración autonómica y local.
3. Se impulsará la realización de acciones de sensibilización y formación del personal sanitario encaminadas a incorporar a la práctica habitual las recomendaciones sobre el diagnóstico precoz recogidas en el PAI:
 - aumentar el grado de sospecha (detección de prácticas de riesgo, situaciones de vulnerabilidad, presencia de otras ITS... incluyendo a las parejas y otros contactos de las personas con VIH/sida),
 - identificar las situaciones de riesgo relacionadas con los condicionantes de género que dificultan la prevención de la transmisión sexual. Particularmente la transmisión heterosexual.

Estrategias

- valorar la importancia del diagnóstico precoz (y las repercusiones del retraso diagnóstico),
 - reducir barreras para la realización de las pruebas
 - acompañar las solicitudes de pruebas de VIH de información adecuada y adaptada a las características y necesidades de cada persona.
 - garantizar el consentimiento informado y la confidencialidad
4. Se completará la implantación del Proceso Asistencial Integrado de VIH/sida en el SSPA, prestando especial atención a:
- La coordinación entre niveles y servicios
 - El reforzamiento del papel de la Atención Primaria
 - El cumplimiento de plazos propuestos para consultas y pruebas
 - El seguimiento de pacientes y programas de mejora de adherencia a tratamientos...
5. Se implantará el protocolo de profilaxis postexposición no ocupacional en Atención Primaria y urgencias hospitalarias.
6. Se pilotará el proceso de transferencia de pacientes con VIH estables para su seguimiento en Atención Primaria. Este pilotaje se iniciará en los centros que cuenten con personal con formación avanzada tal como se describe en el Capítulo de Formación de este Plan.
7. Se garantizará la disponibilidad de test rápidos de VIH para embarazadas sin estudios serológico en el momento del parto y en aquellos centros en los que el test ELISA no esté disponible en el tiempo necesario para poder tomar las precauciones preventivas oportunas.
8. Se actualizará el Proceso Asistencial Integrado de Embarazo, Parto y Puerperio para incorporar la realización del test de diagnóstico rápido en los casos en los que está indicado.
9. Se desarrollarán actividades formativas, tal como se describen al tratar la Formación en este Plan, dirigidas al personal de Atención Primaria para mejorar sus competencias profesionales en:
- El manejo del test de diagnóstico rápido.
 - El seguimiento de pacientes con infección por VIH/sida y el manejo de TARGA (pautas de seguimiento clínico y analítico, criterios de derivación, principales interacciones, efectos secundarios, etc)
 - Consejo asistido.

- En cada Área Hospitalaria se creará una comisión con los Distritos de referencia para definir el proceso de transferencia del seguimiento de pacientes a Atención Primaria y la descentralización de la dispensación de antiretrovirales, en el marco de implantación del PAI VIH/sida, de forma que todas las áreas lo completen a lo largo del periodo de vigencia del Plan.

Indicadores de proceso

1. Número de provincias Andaluzas en las que hay ONGs con convenio.
2. Número y tipo de campañas realizadas de detección precoz y sensibilización dirigidas a los colectivos más vulnerables.
3. Número y tipo de actuaciones de sensibilización y formación dirigidas a personal sanitario realizadas.
4. Porcentaje de centros con PAI VIH/SIDA implantado.
5. Porcentaje de hospitales que cumplen criterios y disponen del test de diagnóstico rápido.
6. Incorporación al PAI (Embarazo, parto y puerperio) del uso del test de diagnóstico rápido.
7. Porcentaje de centros de salud con personal formado en VIH/sida e ITS.
8. Porcentaje de Áreas con el proceso de transferencia realizado.

Estrategia 5

Mejora de la atención sanitaria y el diagnóstico precoz de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública importante tanto por su morbilidad como por las complicaciones y secuelas que producen si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

Las ITS continúan siendo a nivel internacional un importante motivo de preocupación en el ámbito de la salud pública, según se desprende del Proyecto de Estrategia Mundial de Prevención y Control para este grupo de enfermedades, acordada en mayo de 2006 en la 59TM Asamblea Mundial de la Salud de la OMS.

Esta preocupación se basa en la existencia hoy día de más de 30 agentes patógenos bacterianos, víricos y parasitarios transmisibles por vía sexual, que además pueden pasar de madre a hijo durante el embarazo o el parto, así como transmitirse a través de productos sanguíneos, o transferencia de tejidos y ocasionalmente, por otras vías no sexuales.

La lucha contra las ITS conlleva cuatro ventajas fundamentales:

1. La reducción de la gran morbilidad y mortalidad que generan estas enfermedades y de sus repercusiones sobre la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva de las personas sexualmente activas y también sobre la salud infantil.
2. Es una forma de prevención importante de la infección por el VIH, cuyo contagio se ve favorecido por la presencia de otras ITS (las úlceras genitales, en general, y el herpes genital, en particular, multiplican la transmisión de VIH entre 50 y 300 veces). Investigaciones recientes sugieren la existencia una fuerte interacción entre la infección por VIH y otras ITS, en cuanto que estas últimas serían causa de la transmisión de al menos el 40 % del VIH.
3. Se previenen las complicaciones como la infertilidad tubárica (las ITS son la principal causa prevenible de infertilidad), el carcinoma cervicouterino (segundo tipo de cáncer más frecuente en la mujer después del cáncer de mama), patología sistémica debida a sífilis o gonococia.
4. Se reducen los embarazos con resultados adversos como la muerte prenatal o perinatal debida a la sífilis o la ceguera provocada por infecciones gonocócicas o clamydias no tratadas.

El diagnóstico precoz y el tratamiento de las ITS puede reducir también la incidencia de secuelas como la esterilidad, los abortos, etc...y, lógicamente, la transmisión a otras personas. Por esto, es muy importante que tanto los y las profesionales como las personas enfermas sean conscientes de las consecuencias de no tratar a los contactos sexuales de éstas y cooperen en su localización y tratamiento con el fin de evitar el retraso diagnóstico e interrumpir la cadena de transmisión.

Objetivos

1. Fomentar la conciencia ciudadana sobre los riesgos de las ITS, las formas de prevenirlas y la importancia de que tanto las personas enfermas como sus contactos sigan el tratamiento adecuado.
2. Garantizar la accesibilidad al diagnóstico precoz y al tratamiento de las ITS de todas las personas enfermas y sus contactos.
3. Mejorar la calidad de la atención (diagnóstico y tratamiento del caso y sus contactos).

Actividades

1. Se incorporarán los mensajes relativos a las ITS a todas las estrategias de sensibilización sobre sexo seguro que se lleven a cabo en materia de sida y que se describen en este Plan.
2. Se realizarán estudios sobre las barreras que encuentran las personas para consultar si piensan que tienen una ITS, tomando en cuenta las perspectivas de desigualdad social, cultural y de género y sobre las actitudes de los profesionales sanitarios, fundamentalmente de medicina de familia, frente a las ITS y a las consultas que se les hacen sobre este tipo de problemas.
3. Con la colaboración de diferentes especialistas en enfermedades infecciosas, ginecología, urología, dermatología y medicina de familia se elaborará:
 - Los protocolos o guías de buenas prácticas sobre la detección precoz, el tratamiento, la derivación de pacientes, el seguimiento de contactos y la notificación de las diferentes ITS.
 - El análisis de los recursos diagnósticos necesarios en atención primaria y especializada para una repuesta eficiente a estas patologías.
 - El Plan de Formación para la implantación de los protocolos o guías buenas prácticas y cuya metodología se describe en el capítulo dedicado a Formación de este Plan.
4. Se creará en cada centro de salud la figura de médico o médica de referencia, que corresponderá a la del responsable de la implantación del PAI VIH/sida, que será un miembro del equipo con formación avanzada en ITS, tal como se describe en el capítulo dedicado a Formación de este Plan.
5. Se llevará a cabo la reorientación de las funciones de los actuales centros de ITS de Campo de Gibraltar, Granada, Málaga y Sevilla.
6. Se realizará un estudio epidemiológico para conocer la incidencia/prevalencia de las ITS en Andalucía y más específicamente, la infección por clamidia tracomatis.

Indicadores de proceso

1. Número de campañas desarrolladas que incorporan mensajes sobre sexo seguro.
2. Estudios realizados sobre las barreras que encuentran las personas para consultar si piensan que tienen una ITS, y sobre las actitudes de los profesionales sanitarios.
3. Disponibilidad de protocolos o guías buenas prácticas sobre la detección precoz, el tratamiento, la derivación de pacientes, el seguimiento de contactos y la notificación de las diferentes ITS.
4. Disponibilidad del análisis de recursos diagnósticos necesarios en atención primaria y especializada para una respuesta eficiente a ITS y sida.
5. Disponibilidad del plan de formación.
6. % de centros de salud con médico consultor en ITS.
7. Disponibilidad del informe sobre reorientación de las funciones de los actuales centros de ITS de Campo de Gibraltar, Granada, Málaga y Sevilla.

Estrategia 6

Disminución del estigma y la discriminación social.

El estigma que experimentan las personas con VIH y las situaciones de discriminación a las que se ven expuestas supone una vulneración de los derechos humanos, lo cual justifica y obliga a tomar las medidas necesarias para evitarlo.

Según los resultados del estudio FIPSE, existen situaciones de discriminación de las personas que viven con VIH/sida, generalmente en el ámbito de la vida cotidiana. El análisis de reglamentos y protocolos internos de las empresas estudiadas ha mostrado casos de discriminación arbitraria en el ámbito laboral, en las normas que regulan la entrada y la residencia en España, el bienestar social, los seguros de vida y de asistencia sanitaria privados, en los servicios bancarios y en el acceso a determinados servicios públicos o privados, pero sólo casos concretos y aislados. En cambio, en el ámbito de la vida cotidiana sí se notificaron numerosos testimonios de prácticas discriminatorias, principalmente en la asistencia sanitaria y en el empleo. El Estudio FIPSE concluye que en España existe discriminación a las personas que viven con VIH en la vida cotidiana.

El estigma no sólo provoca aislamiento social y laboral, también supone un gran obstáculo en el tratamiento y la prevención del VIH ya que puede actuar como facilitador de conductas de riesgo (miedo a reconocer la seropositividad, miedo a la realización de la prueba del VIH, ocultación de prácticas de riesgo por parte de personas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad), lo que hace más difícil realizar programas de prevención, facilitando la propagación de la epidemia. Asimismo, el miedo al estigma y a la discriminación actúan como promotores de la invisibilidad de la infección por VIH, con lo que supone de dificultad añadida para la vigilancia epidemiológica del VIH y con ello, para la aplicación práctica de programas de prevención y control del VIH.

Las estrategias de lucha contra el estigma y la discriminación deben ser diversas, aprovechando cualquier oportunidad para difundir una imagen de respeto, solidaridad y normalización en el trato con las personas afectadas por el sida. En este sentido, los medios de comunicación se constituyen en un canal de transmisión y multiplicación de información gracias a su capacidad de llegar a millones de personas. Por ello, se debe buscar su apoyo y colaboración para la difusión de mensajes positivos y para que ofrezcan una imagen objetiva y digna de las personas infectadas por VIH o enfermas de sida. También en el sistema educativo, desde el marco general de la educación en valores y en ciudadanía, hay que integrar la educación sobre el VIH/sida, no sólo con actividades educativas que promuevan las relaciones sexuales seguras, sino que también fomenten la solidaridad y el respeto a las personas afectadas por la infección de VIH y el sida.

Objetivos

1. Garantizar protección a las personas con VIH frente al estigma y la discriminación, fomentando la sensibilización y la información en la población general y en los profesionales de las distintas instituciones implicadas (salud, educación Bienestar e igualdad social y empleo).
2. Generar confianza en la ciudadanía sobre la seguridad de los protocolos y medidas dirigidas a prevenir la transmisión, así como en los tratamientos farmacológicos y su efectividad.
3. Eliminar y/o reducir falsas creencias y estereotipos relacionados con la población afectada.
4. Implicar a los distintos agentes sociales en el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar la imagen y acceso de las personas afectadas por el VIH normalizados a los sistemas normalizado de atención.

Actividades

1. En el marco de lo establecido en la Estrategia de Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en población general (Estrategia 1), se desarrollará un programa de actuaciones de apoyo y asesoramiento a profesionales de los medios de comunicación social, que conlleve la transmisión de mensajes claros, rigurosos y capaces de ofrecer una imagen positiva de las personas afectadas por el VIH acordes a su realidad social
2. Se incorporarán a la estrategia de promoción de salud “Forma Joven” actuaciones destinadas a la promoción y al desarrollo de los derechos humanos y de una educación basada en la tolerancia, el respeto y la solidaridad hacia las personas con VIH.
3. Con la participación de ONGs, asociaciones de empresarios y sindicatos se diseñarán y llevarán a cabo actividades de formación dirigidas al mundo laboral y encaminadas eliminar mitos y prejuicios acerca del VIH/sida , fomentar una mayor tolerancia y el respeto de los Derechos Humanos de las personas seropositivas.
4. Se incorporarán contenidos sobre estigma y discriminación a la formación del personal sanitario que se contempla en el capítulo de Formación de este Plan.
5. Se requerirá la inclusión, de forma explícita, actividades de lucha contra el estigma y la discriminación de forma transversal en todos los programas y proyectos andaluces de prevención y atención a personas con VIH/sida. (Incluye los proyectos subvencionados).
6. Contando con profesionales de diferentes perfiles y con personas afectadas se diseñarán actividades que puedan ser realizadas de forma individual o grupal, por profesionales del SSPA y del movimiento asociativo, y que estén destinadas a fomentar el empoderamiento de las personas con VIH para dotarlas de recursos psicológicos y habilidades para afrontar los efectos del prejuicio y del estigma y evitar la autoexclusión.
7. Se elaborará y distribuirá una guía sobre derechos laborales y actuaciones legales para afrontar situaciones de violación de derechos humanos por causa del VIH.
8. Se promoverá, mediante apoyo técnico, la creación de un "Foro virtual contra la discriminación y estigmatización de las personas afectadas de vih/sida" en coordinación con entidades públicas y privadas que trabajen en el ámbito de la atención a personas con VIH/sida.

Indicadores de proceso

1. Número y tipo de acciones llevadas a cabo con medios de comunicación.
2. Disponibilidad de materiales didácticos sobre derechos humanos y sida.
3. Número y tipo de acciones llevadas a cabo con asociaciones de empresarios y sindicatos.
4. Porcentaje de centros de salud en los que se ha realizado formación.
5. Número de proyectos subvencionados que incluyen actividades de lucha contra el estigma.

6. Número y tipo de recursos de apoyo psicológico diseñados e implantados.
7. Disponibilidad de la guía sobre derechos laborales y actuaciones legales.
8. Disponibilidad del foro virtual contra la discriminación y estigmatización de las personas afectadas de VIH/sida.

Estrategia 7

Prevención positiva, calidad de vida y promoción de salud en personas con VIH.

La prevención, la adopción de hábitos saludables, los cuidados sanitarios y de soporte emocional deben estar interrelacionados para que las personas con VIH puedan desarrollar una vida plena y segura. En este capítulo se abordan tres elementos claves en el trabajo con personas con VIH .

Prevención Positiva

Se denomina así a la prevención de la transmisión del VIH a terceras personas por quienes ya están infectadas.

Aunque muchas personas con VIH modifican sus comportamientos de riesgo al conocer su estado serológico, una parte de ellas considera que es difícil conseguir estos cambios, y es necesario realizar intervenciones dirigidas a disminuir estos comportamientos, a reducir los riesgos y los daños, a facilitar la comunicación de la exposición a las parejas recientes y a mantener y reforzar las conductas sexuales seguras.

La prevención positiva tiene cuatro ejes clave en su intervención con personas con VIH:

- a) Proteger la salud sexual.
- b) Evitar nuevas ITS.
- c) Retrasar el progreso de la enfermedad.
- d) Evitar la transmisión de la infección.

En la prevención de la transmisión sexual del VIH la responsabilidad es compartida. Cada persona es responsable de la protección de su salud y la de los demás. En el caso de las personas con VIH esta responsabilidad debe hacer frente a la certeza de que pueden transmitir la infección.

Hay que recordar que, a pesar del impacto que previsiblemente pueden tener las intervenciones preventivas y de mejora en los estilos de vida de las personas con VIH, a lo largo de la epidemia solo una parte muy pequeña de los esfuerzos asignados a la prevención se han destinado a la prevención positiva, quizá por la aparente contradicción de orientar la prevención a personas ya infectadas.

Calidad de Vida

Como se muestra en el análisis de situación, el acceso generalizado al TARGA ha tenido un gran impacto en la calidad de vida y la supervivencia de las personas afectados por el VIH/sida, logrando importantes descensos en la incidencia de sida y en la mortalidad asociada al VIH. Sin embargo sigue siendo una enfermedad que requiere un tratamiento continuado, no exento de efectos adversos y que conlleva un importante impacto psicosocial.

La infección por el VIH origina un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales. Esto hace que la calidad de vida relacionada con la salud sea un aspecto fundamental a tener en cuenta desde las instituciones públicas, con una aproximación global, integral y multidisciplinar, ya que no sólo se trata de combatir la enfermedad sino de promover el bienestar de las personas.

Además, los efectos secundarios del tratamiento junto a las repercusiones psicológicas de la enfermedad son la causa de que en muchas ocasiones las personas enfermas abandonen el tratamiento. Por otra parte, el aumento de la esperanza de vida de una población cuya media de edad es relativamente joven , produce una modificación de las expectativas y necesidades

a las que es necesario dar respuesta en la medida de lo posible. Esta consideración se concreta en:

Atención a la lipodistrofia secundaria a los TARGA.

La lipodistrofia es uno de los efectos secundarios de los TARGA más importantes por sus repercusiones físicas y psicológicas. Entre un 20% y un 70% de las personas en tratamiento TARGA están afectadas en mayor o menor grado por la lipodistrofia en cualquiera de sus expresiones clínicas. Actualmente, la cirugía reparadora para la lipodistrofia está incluida en la cartera de servicios del SSPA y no existen problemas de accesibilidad a la misma.

Sin embargo, la aparición de este efecto secundario contribuye a hacer visible a la persona como infectada por VIH/sida y empeora su situación frente al estigma y el rechazo social y laboral.

Salud reproductiva.

En el ámbito de la salud reproductiva es necesario tomar en consideración los dos aspectos que la integran: la anticoncepción y la procreación. Es importante que aquellas mujeres que no deban quedarse embarazadas por los riesgos derivados de su situación de salud o de los tratamientos que siguen puedan tener una atención anticonceptiva adecuada.

Por otra parte, cada vez son más las parejas serodiscordantes que se plantean tener descendencia. Es necesario asesorar a las mujeres en su deseo respecto a la procreación, facilitarles la anticoncepción, proporcionarles el adecuado asesoramiento preconcepcional, facilitarles la concepción segura mediante las tecnologías hoy disponibles de lavado de semen, en los casos que sea indicado, darle los cuidados necesarios durante todo el embarazo y evitar nacimientos con infección por VIH.

La prevención de la transmisión maternofetal está resultando muy efectiva en Andalucía, con sólo 6 casos entre los más de 450.00 partos habidos desde 2004. Actualmente, el lavado de semen y la reproducción asistida para parejas serodiscordantes están incluidos en la cartera de servicios del SSPA y son accesibles a las parejas que lo necesiten.

Trastornos psicológicos.

La salud mental y el VIH/sida están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y de sida, e interfieren con su tratamiento y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH.

Según la OMS, la prevalencia de enfermedades mentales en personas infectadas por el VIH es considerablemente más alta que en la población general. Además, la prevalencia de infección es mayor en poblaciones muy vulnerables que tienen también niveles más altos de trastornos mentales que la población general, en personas marginadas y estigmatizadas y en particular personas que ejercen prostitución, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas y personas privadas de libertad. Entre las personas infectadas por el VIH es común un mayor grado de angustia psicológica y tasas más elevadas de depresión.

Existen dos situaciones asociadas al VIH que generan ansiedad:

Las de tipo reactivo, en las que la ansiedad está provocada fundamentalmente por el miedo de la persona al sufrimiento, a los efectos de la enfermedad sobre su salud, a un futuro incierto, a ser descubierta o a ser considerada

adicta a las drogas, o a ser identificada como homosexual si es un hombre, al rechazo del grupo o de la familia, a la posibilidad de perder el trabajo, el miedo a contagiar a seres queridos, al 'fin de la vida sexual', a la amenaza de infecciones de todo tipo y a la pérdida de independencia física y económica.

Las de tipo neuropsiquiátrico, donde la ansiedad se deriva de aspectos secundarios a la inmunodepresión o como resultado directo de la infección por el VIH en el SNC. También algunos fármacos antirretrovirales pueden causar efectos secundarios neuropsiquiátricos como la agitación, que en ocasiones pueden ser interpretados como ansiedad.

El VIH/sida impone pues una considerable carga psicológica. Las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiares o amigos.

Por todo esto, es fundamental integrar el cuidado de la salud mental en los programas dirigidos a personas con VIH. Tal como plantea la OMS, es importante integrar los cuidados de salud mental como una parte esencial de los cuidados que brinda el SSPA.

Para ello es importante contar con protocolos de actuación que orienten el trabajo de los profesionales a desarrollar tanto en el SSPA como en las asociaciones y ONGs de apoyo a las personas afectadas.

Adicciones

Una proporción importante de personas infectadas por VIH sufren trastornos adictivos, solos o asociados a enfermedad mental en lo que se denominan trastornos duales.

Según la OMS, algunos tipos de drogodependencia están asociados con prácticas de riesgo para la transmisión del VIH. Las drogas que se usan por vía parenteral aumentan el riesgo de transmisión por esta vía. Otras drogas psicotrópicas pueden facilitar las conductas sexuales de riesgo. Por tanto, la prevención y el tratamiento del consumo de drogas psicotrópicas en sus primeras etapas puede reducir los riesgos de transmisión del VIH.

Un reciente estudio referido en el informe de la Secretaría del Consejo Ejecutivo de la OMS (20/XI/2008) reveló que la terapia de sustitución de la dependencia de opiáceos reducía significativamente los riesgos de transmisión del VIH en individuos opio dependientes.

Se sabe que el consumo de alcohol está asociado con un mayor riesgo de conducta sexual poco segura. Varios estudios, incluidos los realizados en países africanos con alta prevalencia del VIH, han revelado una asociación positiva entre el VIH y el consumo de alcohol, con una prevalencia de la infección por VIH entre las personas con trastornos debidos al consumo de alcohol superior a la de la población general.

Las adicciones suponen una dificultad añadida para el tratamiento de estas personas y para la recuperación de una trayectoria vital en la que sea posible un buen ajuste social, perpetuándose la exclusión y el estigma que les afecta.

Por tanto, hay que lograr una buena coordinación entre todos los servicios involucrados en la atención a estas personas incluyendo especialmente a los servicios que pueden atenderles desde la perspectiva de la dependencia, evitando los problemas derivados de las interacciones farmacológicas entre los TARGA y las pautas de terapia con metadona y favoreciendo la sinergia entre los diferentes servicios involucrados.

Exclusión social.

La realidad de las personas con VIH es heterogénea. En nuestro medio, infección por VIH, sida y drogadicción han sido fenómenos estrechamente asociados. Como se ha visto en el análisis de situación, este patrón está cambiando pero sigue persistiendo un importante rechazo social hacia las personas infectadas o enfermas. Las estrategias de la intervención de ser también diversas y adaptarse a la situación particular de cada persona, abordando de manera integral las necesidades que cada cual presenta. Muchos de los que más apoyo social y sanitario necesitan son quienes menos posibilidades tienen de recibirlo.

El espacio comunitario, mejor que el sanitario, es el idóneo para abordar los riesgos o situaciones de exclusión de estas personas y la definición de programas personalizados de integración, en los que el sistema sanitario tiene un papel limitado pero relevante, sobre todo en el ámbito de la adherencia al tratamiento y en el soporte de salud mental como factores de ajuste social.

Por otra parte, hay pacientes cuyo deterioro clínico y trayectoria vital, los mantiene sin posibilidades de integración social, en una situación de exclusión que sólo puede ser paliada mediante la existencia de recursos residenciales en los que se les proporcione una condiciones dignas de alojamiento, alimentación e higiene personal y soporte psicológico y cuidados. Muchos de estos pacientes, como muestran los datos de las casas de acogida, están en una situación terminal que requiere cuidados paliativos, otros viven en una situación de pobreza y exclusión provocada por la enfermedad y no por su historia de adicción a drogas y desempleo.

No es excepcional que este tipo de personas viva en un entorno de violencia y maltrato, en el que se suman pobreza, carencia de vivienda, enfermedad mental, soledad y agresiones. Se trata de las personas más excluidas entre las excluidas del mundo desarrollado.

Inserción laboral.

La dificultad de acceso al trabajo es, en muchos casos, una expresión más del estigma que envuelve a la enfermedad. Se requiere impulsar programas dirigidos a la inserción socio-laboral de las personas con VIH. En este sentido, independientemente de las acciones de sensibilización dirigidas a empleadores públicos y empresas, es importante la implicación de otras instituciones responsables de bienestar social y empleo tanto a nivel autonómico como local.

Es importante contar con las recomendaciones del “Compendio de Buenas Prácticas: VIH y empleo en Europa” (2002), realizado por diferentes asociaciones europeas y apoyado por la Comisión Europea. En el mismo, se parte de tres indicadores útiles para las buenas prácticas en relación a las personas con VIH en la empresa:

- Creación de un clima de comprensión y apoyo.
- Promoción de la no discriminación.
- Respeto a la confidencialidad.

Entre las recomendaciones que se realizan en este compendio, se mencionan los derechos y responsabilidades de los agentes, que son los siguientes:

- en cuanto a los gobiernos, instituciones europeas y autoridades competentes: coherencia, coordinación, prevención y promoción de la salud, directivas médicas, protección social y vulnerabilidad;

- en cuanto a los/as empresarios/as y sus organizaciones: educación y formación y políticas de personal;
- en cuanto a los/as trabajadores/as y sus organizaciones: promoción de acuerdos en el lugar de trabajo, formación de los representantes de personal, control de conformidad, confidencialidad y campañas de información y sensibilización.

Finalmente, en este Compendio de Buenas Prácticas, se mencionan cinco categorías sobre las acciones a realizar en materia de VIH en el contexto de trabajo:

- acciones de formación e información: acciones formativas cuya población objeto sean los empresarios/as, los trabajadores o el conjunto de la empresa;
- implicación integral: hace referencia a la necesidad de una implicación por parte de diferentes agentes (instituciones, empresas, patronal y personas con VIH);
- apoyo y sensibilización: acciones de sensibilización con el objetivo de hacer frente al estigma y la discriminación que sufren las personas con VIH;
- apoyo Institucional: referido a la enorme importancia del papel de la Administración y
- estudios de investigación: necesidad e importancia de la realización de los mismos.

Estilos de vida saludables.

Las personas con infección por VIH, hasta la aparición de los TARGA, han padecido un pronóstico tan infausto que no cabía plantearse más objetivos que lograr la mayor tasa posible de supervivencia. Sin embargo, su mayor esperanza de vida actual ha hecho posible que afloren los problemas de salud propios de los estilos de vida en los que no prevalecen las conductas más saludables.

La calidad de la alimentación, los hábitos de actividad física y el tabaquismo, además de otras adicciones, comienzan a ser factores determinantes de la calidad de vida y de los riesgos para la salud de estas personas. De hecho, las personas fumadoras empeoran su pronóstico por este hábito.

Todo ello hace aconsejable desplegar mecanismos de promoción de estilos de vida y entornos saludables para personas con VIH e incorporarlos de forma sistemática a las acciones y programas que se dirigen a ellas.

Objetivos

En Prevención Positiva

1. Promover la salud sexual y disminuir la reinfección y la transmisión de nuevas ITS en personas con VIH.
2. Promover modelos y cambios en los roles de género que faciliten la negociación y el uso del preservativo.

Actividades

En Prevención Positiva

1. Se diseñarán y realizan actividades de apoyo, en colaboración con el movimiento asociativo, dirigidas a personas con un reciente diagnóstico de VIH en materia de salud afectiva y salud sexual, incluyendo las prácticas seguras para la no transmisión del VIH y otras ITS.
2. Se incorporarán en los programas dirigidos a personas con VIH contenidos que fomenten el cambio de actitudes de mujeres y hombres en relación a los modelos y roles de género que dificultan el uso del preservativo.
3. Se facilitará material preventivo (preservativo masculinos, preservativos femeninos, Kits de jeringuilla, lubricantes, barreras dentales) y educativo (folletos, cartelería, material didáctico, ...) a las personas con VIH y a las entidades que trabajan con ellas.
4. Se completará la adaptación del material preventivo y de los contenidos de los programas y actividades formativas a los distintos perfiles usuarios (edad, procedencia, tipo de práctica de riesgo, nivel socio económico y educativo,...)

Objetivos

En Calidad de vida

1. Tratar reducir las secuelas de los efectos secundarios de los TARGA, específicamente la lipodistrofia.
2. Garantizar el acceso equitativo de las personas con VIH a las técnicas de reproducción asistida que oferta el SSPA.
3. Integrar la perspectiva de la salud mental en los programas de prevención y tratamiento a las personas con VIH/sida.
4. Incorporar la atención en salud mental en el PAI VIH/sida.
5. Abordar el tratamiento coordinado de las adicciones en las personas con VIH/sida entre el SSPA y los centros de drogodependencias.
6. Promover la sensibilización y la formación de las organizaciones empresariales, sindicales y mutuas para una adecuada integración laboral de las personas con VIH.
7. Apoyar la función de soporte social que cumplen las casas de acogida para personas con VIH/sida, en coordinación con la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social y e incorporando, cuando sea preciso, los recursos previstos en el marco del Plan de Cuidados Paliativos del SSPA.
8. Mejorar la accesibilidad de las personas con VIH a los recursos de promoción de salud existentes en Andalucía .

Actividades

En Calidad de vida

1. Se incorporarán a la cartera de servicios del SSPA las innovaciones que se vayan produciendo en las técnicas de tratamiento de la lipodistrofia secundaria al TARGA, siempre sobre la base de la evidencia científica disponible y sobre la base del análisis coste-efectividad.
2. Se realizará un estudio sobre necesidades en reproducción asistida para evaluar si la respuesta actual es suficiente y adecuada a las necesidades reales.
3. Se creará una comisión para abordar la integración de los cuidados de salud mental en el abordaje terapéutico de las personas con VIH/sida. Este grupo contará con la participación del Plan Integral de Salud Mental y de las entidades que trabajan con personas afectadas por VIH/sida.
4. Se apoyarán los servicios de salud mental de las entidades que trabajan con personas afectadas por VIH/sida mediante subvenciones y convenios de colaboración dirigidas a la creación de grupos de ayuda mutua y talleres de entrenamiento en habilidades emocionales, cuyos diseños capaciten a las personas con VIH y/o sus familiares para enfrentarse con los problemas derivados de su enfermedad, favorezcan su adherencia al tratamiento y mejoren su estado emocional.
5. En cada centro de salud, la Dirección coordinará las actuaciones y pautas necesarias con el centro de drogodependencias que atiende a sus pacientes con adicciones. Las Delegaciones Provinciales de las Consejerías de Salud y para Igualdad y el Bienestar Social facilitarán esta coordinación.
6. Se impulsarán actuaciones conjuntas entre los distintos sectores de la administración, asociaciones gremiales, empresariales, sindicales y ONGs, para desarrollar conjuntamente estrategias de inserción laboral de las personas con VIH.
7. Se formalizará anualmente un convenio con las casas de acogida para establecer y consolidar un marco de prestaciones para la atención a las personas en situación de exclusión.
8. Se diseñarán y desarrollarán programas de intervención en los entornos (casas de acogida, comunidades terapéuticas, asociaciones de personas con VIH,...) para la promoción de estilos de vida saludables, que permitan ejercer el derecho a optar por las conductas más saludables.
9. En coordinación con el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, se ofertarán de forma específica programas de deshabituación tabáquica en los entornos citados anteriormente y en las consultas de seguimiento de las personas con infección por VIH.
10. En coordinación con el Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada se llevarán a cabo actuaciones específicas dirigidas a personas con infección por VIH
11. Se creará un sistema de certificación de la veracidad y la calidad de la información que figura en diferentes plataformas de información para que la ciudadanía tenga una referencia de la credibilidad de las mismas.
12. Tal como está previsto en el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos al abordar la acción intersectorial, las casas de acogida para pacientes con sida se incorporarán al desarrollo del PAI Cuidados Paliativos, para lo cual se incluirá su entrada en el mismo desde el alta hospitalaria o a indicación del personal del centro de salud que le corresponda.

13. Se difundirá entre las casas de acogida el Manual de actuación en Cuidados Paliativos para pacientes hospitalizados en Instituciones, públicas o privadas, ajenas al SSPA y se realizarán actividades formativas para fomentar su uso.

Indicadores

1. Número y tipo de actividades sobre salud sexual dirigidas a personas con reciente diagnóstico de VIH desarrolladas.
2. Número y tipo de intervenciones sobre rol de género y VIH realizados.
3. Número y tipo de materiales preventivos facilitados.
4. Número y tipo de materiales preventivo y de los contenidos de los programas y actividades formativas adaptados.
5. Actualizaciones en la cartera de servicios para incorporar las innovaciones producidas en las técnicas de tratamiento de la lipodistrofia.
6. Disponibilidad del estudio sobre necesidades en reproducción asistida .
7. Número y tipo de estrategias desarrolladas de inserción laboral de las personas con VIH
8. Número y tipo de actuaciones realizadas para apoyar los servicios de salud mental de las entidades que trabajan con personas afectadas por VIH/sida.
9. Porcentaje de Centros de salud con acuerdos de coordinación con el CPD de referencia.
10. Número y tipo de actuaciones realizadas para desarrollar estrategias de inserción laboral de las personas con VIH.
11. Disponibilidad del convenio con las casas de acogida para establecer y consolidar un marco de prestaciones.
12. Número y tipo de programas realizados en entornos (casas de acogida, comunidades terapéuticas, asociaciones de personas con VIH,...) para la promoción de estilos de vida saludables.
13. Número y tipo de actuaciones realizadas en tabaquismo dirigidas a personas con VIH.
14. Número de casas de acogida que cuentan con persona formado en el uso del Manual de actuación en Cuidados Paliativos para pacientes hospitalizados en Instituciones, públicas o privadas, ajenas al SSPA y se realizarán actividades formativas para fomentar su uso.

Estrategia 8

Responsabilidad compartida y alianzas estratégicas.

La acción intersectorial cumple un importante papel en la prevención de los problemas de salud y en la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por casi todos los problemas de salud. En la prevención de la infección por VIH, así como en la atención y la recuperación de las personas con sida, no cabe ninguna duda de que es imprescindible la actuación coordinada de diversos sectores de la sociedad.

La prevención de la infección por VIH no es posible sólo con la actuación los servicios de salud. De hecho, en las estrategias que se pueden desarrollar para la prevención tienen papeles importantes las actuaciones en otros ámbitos como el educativo, a través de la educación sexual; el de prevención de adicciones, a través de los programas de prevención de drogodependencia; el de igualdad, a través de las actuaciones que procuran fomentar un rol de género más respetuoso y democrático; el de la comunicación de masas, mediante la difusión de mensajes preventivos; algunos sectores empresariales relacionados con el ocio y otros cuya mención podría resultar aquí demasiado extensa.

También en el apoyo social y en la integración laboral de las personas con VIH/sida hay una diversidad de actores involucrados, como las instituciones de fomento del empleo, las empresas, los sindicatos, etc.

La actuación de las diferentes agentes implicados se formula como políticas en el nivel autonómico, avanza en su concreción en las provincias, donde los diferentes actores involucrados tienen un nivel de interlocución más cercano al territorio y se concreta en el espacio de convivencia más cercano a las personas, que es el espacio local. Es, por tanto, necesario que se definan los mecanismos de coordinación, complementariedad y cooperación intersectorial a todos los niveles de la jerarquía territorial (autonómica, provincial y local) para hacer posibles acuerdos de gobernanza y cooperación.

Pero además de los actores institucionales, mucho antes que ellos y desde los inicios de la epidemia de sida, la participación de las asociaciones de personas afectadas ha marcado la respuesta de la sociedad, aportando un enfoque basado en los derechos humanos, una orientación social, la exigencia constante de calidad asistencial, manteniendo despierto el compromiso de la ciudadanía y de los políticos y prestando numerosos servicios, particularmente a las poblaciones más vulnerables y más inaccesibles.

El papel que desempeñan las ONG y asociaciones en la prevención, el consejo y el apoyo a las personas afectadas es crucial para obtener buenos resultados tanto en la prevención, como en la atención y en la recuperación. Las ONG han aportado una diversidad de experiencias, defendiendo los intereses de las personas afectadas, alertando sobre las necesidades emergentes, respondiendo con agilidad, alcanzando a los más inaccesibles y contribuyendo a la comprensión de la epidemia con el conocimiento desde dentro.

Además, en las primeras décadas de la epidemia en España las necesidades eran flagrantes: respetar los derechos de las personas con VIH y de los más vulnerables a la infección a la prevención y al tratamiento sin discriminación alguna. Aunque el sistema sanitario estuvo a la altura de las circunstancias, se produjeron situaciones de discriminación social que hubieran persistido sin la intervención del movimiento asociativo.

Ahora la situación ha cambiado en algunos aspectos. Los fondos, la responsabilidad y la capacidad de acción de las ONG son mucho mayores y continúan creciendo y algunas asociaciones sienten la necesidad de revisar o matizar sus objetivos.

Sigue siendo importante que las ONG sean capaces de analizar con rigor las necesidades y puedan responder con la sensibilidad y la creatividad que las caracteriza. Sin su participación se lograría muy poco en la prevención de la enfermedad, en la asistencia a los más vulnerables y en la recuperación de las personas enfermas

El papel de las ONG y la mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por la infección por el VIH y el sida en las políticas públicas fueron reconocidos en la Declaración de la Cumbre de París sobre el sida celebrada en 1994, donde se establece que los gobiernos deben integrar plenamente a las ONG, a los movimientos asociativos y a las personas con VIH en las acciones emprendidas por los poderes públicos. Este principio de mayor participación es fundamental para asegurar la equidad de toda política o programa relacionado con el VIH.

En Andalucía, en los últimos años se ha realizado un esfuerzo de consolidación de la participación de los ciudadanos en todos los aspectos de la respuesta a la epidemia, incluyendo la elaboración, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de políticas, esfuerzo que se pretende continuar desarrollando.

Sin el movimiento asociativo la prevención nunca podría haber sido accesible a las personas más vulnerables, aquellos con difícil acceso al sistema de salud tanto para la prevención como para los cuidados. Recíprocamente, sin el apoyo del SSPA tampoco el movimiento asociativo habría alcanzado los importantes logros conseguidos. Esta experiencia plantea que las relaciones entre las asociaciones, ciudadanas y profesionales, y las administraciones públicas y, en concreto el SSPA, deberían plantearse en términos de trabajo en régimen de asociación, superando la asimetría del modelo actual de relaciones basados en la concesión de subvenciones.

Se entiende el trabajo en régimen de asociación como un proceso donde diversas organizaciones se unen para crear algo nuevo, algo que no podrían conseguir por sí solas e incluso algo que es más que la suma de sus acciones. El régimen de asociación es el elemento clave que favorece la corresponsabilidad, la participación y la integración de acciones en abordajes multidimensionales.

El régimen de asociación, como plataforma que agrupa a más de dos socios ("partners o socios") con intereses similares, supone compartir riesgos y beneficios y, como estrategia de intervención comunitaria, requiere que la unión tenga lugar entre organizaciones de distinta naturaleza y que se relacionen en un plano de igualdad y respeto mutuo, porque, de lo contrario, estaríamos hablando únicamente de coordinación.

Avanzar desde la colaboración o coordinación a un modelo de régimen de asociación plantea ventajas para todos los actores involucrados:

- A las instituciones públicas les permite corresponsabilizar y poner en marcha una forma de participación que da más credibilidad en la gestión y en el afrontamiento de los problemas.
- A las asociaciones, ciudadanas y profesionales, les permite ser visiblemente parte de la solución de los problemas y contar con un espacio de reconocimiento e interlocución donde poder influir y rentabilizar mejor sus esfuerzos mediante la acción complementaria, coordinada y cooperativa

Pero los mecanismos actuales de participación no están adaptados a la fórmula del trabajo en régimen de asociación. El plano de igualdad que requiere el trabajo en régimen asociado debe ser construido y para ello es imprescindible reforzar

la presencia y la capacidad de acción de las asociaciones y organizaciones ciudadanas y profesionales. Este proceso de empoderamiento no sólo pasa por la capacidad de participar en los órganos de decisión, sino que además requiere de la formación mutua entre profesionales de las distintas organizaciones participantes y entre profesionales y voluntariado y, también, de la comunicación y el conocimiento mutuo entre quienes participan.

El propio diseño del PASIDA ya ha asumido un modo de participación en el que el producto es mucho mayor y mejor que lo que se habría conseguido con la suma de las aportaciones individuales de cada participante.

La mejor concreción de este modelo de participación es la materialización de acuerdos de trabajo en régimen de asociación en el ámbito local, compuesto por la suma de las administraciones públicas de carácter local y supralocal, así como de las entidades de la sociedad civil que inciden en cada territorio. Esta dimensión comunitaria es particularmente importante en las estrategias de prevención y en la respuesta a las demandas de atención social.

Lógicamente, el tránsito de un modelo como el actual, en el que existe una coordinación frágil entre el SSPA y las ONGs, y está carente de estructuras de abordaje intersectorial, a un modelo basado en relaciones de asociación no se hace sino de forma progresiva y paulatina, evitando incurrir en errores organizativos que perjudiquen el logro de los objetivos comunes. La experiencia de trabajo común en régimen de asociación en la implantación de los test de diagnóstico rápido entre el SSPA y el movimiento asociativo invita a pensar que la Administración Andaluza y las entidades de lucha contra el sida en Andalucía han alcanzado un nivel de reflexión y madurez en sus objetivos y en sus relaciones que hace factible recorrer el camino hacia estas nuevas formas de corresponsabilidad.

Por tanto será necesario diseñar conjuntamente una estrategia que permita hacer ese recorrido de forma satisfactoria para todas las partes involucradas.

Para ello debe consolidarse la participación de las asociaciones ciudadanas y profesionales en los órganos de decisión y de coordinación, para lo cual también es necesario que las organizaciones y asociaciones se agrupen en plataformas, coordinadoras o redes que las puedan representar. Estas mayores exigencias en cuanto a estructuración, pero también calidad y rendimiento de cuentas no deben constituir un impedimento para que las asociaciones desarrollen sus tareas con las cualidades y atributos que precisamente las hacen más necesarias: flexibilidad, agilidad y sensibilidad.

La implicación de las organizaciones ciudadanas que trabajan en VIH/sida y de las asociaciones de afectados es evidente y tiene un considerable desarrollo. Hay en cambio otros sectores del asociacionismo cuyos fines fundamentales sólo están indirectamente relacionados con la salud, pero cuya implicación es importante para la prevención y el control de la epidemia. Tal es el caso de las asociaciones de mujeres, de inmigrantes o de jóvenes, en las que el abordaje de la prevención del VIH debe realizarse en un contexto más integral, y en las que la tarea previa de sensibilización adquiere un mayor protagonismo.

Por último, pero no menos importante es la responsabilidad que comparten los países desarrollados con el resto de la humanidad en la lucha contra el sida. Actualmente, más de 40 millones de personas en el mundo son víctimas del sida. La epidemia en los países pobres se ve agravada por la carencia de acceso a medidas preventivas y tratamientos eficaces, junto a la alta prevalencia de otros problemas de salud como la desnutrición, la malaria, la tuberculosis, etc. Esto ha llevado a la sociedad andaluza a desarrollar acciones de solidaridad frente a sida en estos países a través de las iniciativas de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional y de las ONGs andaluzas con apoyo de la Consejería de Salud. Es importante fortalecer la capacidad técnica de las organizaciones y de los profesionales que actúan solidariamente, para mejorar el logro de objetivos en los proyectos de cooperación internacional en materia de sida.

Objetivos

En Acción Intersectorial

1. Crear alianzas con otros sectores públicos para obtener una mayor eficacia y eficiencia en la prevención del sida y de las ITS, así como en la promoción de relaciones sexuales saludables y seguras.
2. Implicar y potenciar la colaboración entre las distintas Administraciones (Estado, CCAA, locales), las asociaciones empresariales y las sindicales para el desarrollo conjunto de estrategias de prevención, de inserción laboral y recuperación de personas con VIH.
3. Coordinar los esfuerzos en relación a la sensibilización social por parte de las administraciones públicas y entidades privadas, estableciendo una estrategia común con mensajes claramente identificados y definidos.
4. Promover la coordinación a nivel local.
5. Fortalecer la capacidad de las ONG y de las administraciones públicas andaluzas para el desarrollo de intervenciones relacionadas con el VIH/sida en países en vías de desarrollo

Actividades

En Acción Intersectorial

1. Se crearán y regularán mediante normativa, mecanismos de participación intersectorial para el seguimiento, desarrollo y evaluación de las actuaciones del PASIDA, con diferentes niveles de descentralización (autonómica, provincial y local) y con cabida para las instituciones autonómicas y locales y a las entidades ciudadanas.
2. Se articularán mecanismos de participación ciudadana en los distintos niveles del SSPA (centros de salud, distritos de atención primaria, hospitales y delegaciones provinciales) de acuerdo con las políticas de participación de la Consejería de Salud
3. Se creará un mapa de recursos actualizado en relación al Sida/VIH-Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), detallando las condiciones y vías de acceso a los mismos. Este mapa estará disponible en diversos formatos y canales, accesibles en todo momento a todas aquellas personas e instituciones interesadas
4. En colaboración con la Consejería de Empleo, los sindicatos, las Organizaciones Empresariales y las asociaciones de personas afectadas se hará un análisis del estigma sobre la actividad laboral, los itinerarios laborales y oportunidades de empleo de las personas con VIH/sida en Andalucía
5. Se llevarán a cabo las actuaciones de coordinación y formación necesarias para articular las actuaciones del personal técnico de las diferentes administraciones y entidades en las tareas de sensibilización, prevención y atención a personas con VIH/sida

Estrategias

6. En cooperación con las administraciones locales y las entidades ciudadanas involucradas se llevarán a cabo actuaciones para la inclusión de la prevención de sida, VPH y otras ITS como una de las prioridades de consejos municipales de Salud y de los Planes Locales de Salud.
7. En la concesión de subvenciones y ayudas se priorizará el apoyo a aquellos proyectos que involucren a varias instituciones o entidades.
8. Se dedicará el 0,7% de los fondos finalistas para la lucha frente al VIH/sida al fortalecimiento de la capacidad de las ONG y las administraciones públicas andaluzas para el desarrollo de intervenciones relacionadas con el VIH/Sida en países en vías de desarrollo. Anualmente se establecerán las actuaciones pertinentes con cargo a estos fondos, sin perjuicio de las llevadas a cabo por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional o por el Fondo de Cooperación del SAS. Para el primer año de ejecución del Plan se proponen las siguientes actuaciones:
 - Se realizará un inventario de intervenciones de cooperación internacional en el ámbito del VIH/sida, en colaboración con la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional y las ONGs.
 - Se elaborará una guía de buenas prácticas en intervenciones sobre VIH/sida en países en vías de desarrollo.
 - Se pondrán a disposición de las ONGs de los países en vías de desarrollo los materiales divulgativos sobre VIH/sida elaborados por la Consejería de Salud

Objetivos

En Complementariedad

1. Introducir la perspectiva de la prevención del sida y de las ITS y la de promoción de relaciones sexuales saludables y seguras en los diferentes planes y programas (Inmigración, prostitución, Forma Joven,...) que se dirijan a abordar situaciones de mayor vulnerabilidad.
2. Mejorar la comunicación, colaboración y coordinación entre las diferentes administraciones sectoriales, empresas y entidades o asociaciones involucradas en la prevención y el tratamiento del VIH y otras ITS.
3. Articular las oportunidades de actuación de cada uno de los planes y programas vigentes a propósito de las personas con VIH/sida.

Actividades

En Complementariedad

1. Se hará una propuesta de actualización de los planes y programas (Inmigración, Prostitución, Forma Joven, PITA, PISMA, PIOA, Plan de Cuidados Paliativos, Plan de Humanización de Atención Perinatal, Plan Andaluz de Vacunaciones, etc...) para que incorporen las estrategias de prevención del sida y las necesidades de las personas con VIH/sida.

2. Se identificarán oportunidades de actuación complementaria de las distintas administraciones dirigidos a poblaciones vulnerables y se promoverán compromisos formales de actividades complementarias entre los dispositivos del SSPA (centro de salud, distrito sanitario y hospital) y los recursos locales dependientes de ayuntamientos o entidades locales en la prevención, asesoramiento, orientación y asistencia adaptados a la realidad local. Se crearán mecanismos de seguimiento de los compromisos adquiridos.
3. Se promoverán acuerdos de cooperación del SSPA con empresas, fundaciones y asociaciones para llevar a cabo actuaciones de prevención, incluido el intercambio jeringuillas.
4. Se identificarán en los proyectos que se desarrollen en el marco de convenios o subvenciones las oportunidades para la participación del voluntariado y se establecerán vías que lo faciliten.

Objetivos

En Participación

1. Incorporar a la ciudadanía a las estrategias de mejora de la calidad de los servicios y programas.
2. Apoyar el movimiento asociativo de personas afectadas y familiares.
3. Potenciar y articular la participación activa de afectados/afectadas y familiares en todos y cada uno de los ámbitos de desarrollo y en la elaboración, aplicación y seguimiento de este Plan .
4. Hacer partícipe a las asociaciones profesionales y colectivos profesionales en el diseño e implementación de actividades dirigidas a la prevención de la infección por VIH y en las dirigidas a fomentar el apoyo social a las persons afectadas.
5. Promover el desarrollo de acuerdos de asociación entre instituciones públicas, asociaciones y otros actores (sindicatos, empresas, etc) en los niveles autonómico, provincial y local.
6. Fomentar la participación de profesionales de la salud en las actividades desarrolladas por el movimiento asociativo y viceversa.

Actividades

En Participación

1. Se articularán mecanismos de acompañamiento y capacitación para facilitar la creación de asociaciones que representen a afectados/afectadas y sus familias, especialmente en aquellas provincias donde aún no se hayan desarrollado y que aborde todas las áreas de interés.

Estrategias

2. Se elaborará y difundirá un directorio de entidades andaluzas implicadas en el trabajo con VIH/sida e ITS así como una guía de recursos.
3. Crear un listado estilo tipo "Quien es quien" para dar a conocer los diferentes recursos públicos y privados implicados.
4. Se promoverá la creación de una plataforma de las asociaciones a nivel andaluz, favoreciendo así su coordinación y la interlocución con las administraciones públicas
5. Se establecerá un mecanismo para articular en el Plan las nuevas propuestas de las asociaciones y colectivos profesionales relacionadas con la prevención, la atención, la recuperación y el apoyo social.
6. Se establecerán foros y puntos de encuentro, con el soporte de las TICs, que permitan la participación de la ciudadanía y de los colectivos profesionales, y especialmente de aquellos colectivos en situación de mayor desventaja: inmigrantes, residentes ZNTS...
7. Se crearán instrumentos tecnológicos de apoyo a la participación que permitan crear comunidades de prácticas innovadoras y un soporte donde cada asociación u organización pueda colgar actividades y pedir colaboraciones a lo largo del año, así como la creación de espacios virtuales para la elaboración de materiales informativos.
8. Se constituirá un equipo multidisciplinario que diseñará instrumentos para facilitar la materialización de acuerdos en régimen de asociación (Guías metodológicas y jurídicas, programas de formación, etc).
9. Se impulsará la formación continua de todos los agentes implicados, partiendo del ámbito local.
10. Se establecerán los mecanismos de colaboración del SSPA con las asociaciones ciudadanas y profesionales en la formación del voluntariado a través de programas docentes dirigidos a mejorar los conocimientos, desarrollar capacidades y fomentar una actitud positiva.
11. Se desarrollará una estrategia para promover e incentivar la participación de los diferentes colectivos profesionales del SSPA en las actividades del PASIDA.
12. Se articulará un mecanismo de participación de las asociaciones ciudadanas y profesionales en la concesión y gestión de las subvenciones para proyectos de prevención de la infección del VIH y de atención a las personas con VIH/sida.

Indicadores de proceso

1. Disponibilidad y funcionamiento de los mecanismos de participación.
2. Disponibilidad del mapa de recursos actualizado en relación al VIH/sida e ITS.
3. Número y tipo de actuaciones realizadas con municipios.

4. Número de proyectos subvencionados que incluyen actuaciones de varias instituciones.
5. Inclusión en planes.
6. Número y tipo de nuevos espacios de participación de voluntariado creados.
7. Número y tipo de acuerdos alcanzados.
8. Número de puntos de intercambio por provincia.
9. Número de asociaciones creadas.
10. Disponibilidad del directorio.
11. Disponibilidad de la guía Quien es quién.
12. Disponibilidad de la plataforma.
13. Disponibilidad del mecanismo de incorporación de nuevas propuestas.
14. Disponibilidad de foros en soporte TICs.
15. Disponibilidad de recursos para puesta en marcha de acuerdos de asociación.
16. Número y tipo de actividades formativas realizadas.
17. Número y tipo de actividades formativas realizadas por el SAS para asociaciones.
18. Número y tipo de actividades formativas “on line” desarrolladas.
19. Número y tipos de actuaciones realizadas dirigidas a promover la participación de profesionales del SSPA.
20. Disponibilidad del mecanismo de participación de asociaciones ciudadanas y profesionales.

Estrategia 9

Fomento de la investigación, formación y vigilancia epidemiológica.

Vigilancia epidemiológica

Desde la aparición de los primeros casos de sida en Andalucía, a comienzo de la década de los 80, se inició la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad creándose el Registro Andaluz de Casos de sida, que a su vez forma parte del Sistema Nacional y Europeo de vigilancia del VIH/sida desde 1983. Hoy, la vigilancia epidemiológica del sida es una actividad incluida en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) en todos los niveles de su estructura.

La información disponible sobre los casos de sida está actualizada y es de calidad. Además se complementa con la de otros registros como el Conjunto Mínimo de Datos Básicos al alta hospitalaria y el registro de mortalidad.

En la actualidad se trabaja en el desarrollo de un sistema de vigilancia microbiológico de Andalucía que en el futuro será una fuente de información importante en la vigilancia de nuevas infecciones por VIH.

Sin embargo es necesario disponer de información relativa a la infección dado que la modificación del patrón epidemiológico ha cambiado sustancialmente a partir de dos hechos importantes en nuestro medio: el cambio en las formas de transmisión de la enfermedad y la modificación de su pronóstico a partir del uso generalizado de TARGA.

Se hace pues necesario incorporar la vigilancia epidemiológica de nuevas infecciones por VIH, una vez superada la limitación legal a partir de la sentencia del Tribunal Supremo, de julio de 2007, favorable al recurso interpuesto por el Ministerio de Sanidad y Consumo contra la anulación del Sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH (SINIVIH), reconociendo que el fichero garantiza la seguridad de los datos que contiene.

La vigilancia de nuevas infecciones por VIH está recogida por normativa de la Consejería de Salud, en la Orden de 11 de diciembre de 2008, que establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria en Andalucía, y la Orden de 13 de marzo de 2009, por el que se crea el fichero del sistema de información de nuevas infecciones por VIH en Andalucía.

La implantación de dicho sistema permitirá:

- Conocer los nuevos casos de infección VIH en la Comunidad Andaluza
- Conocer las vías de transmisión y características personales y geográficas de las nuevas infecciones por VIH y sida
- Investigar la supervivencia de los casos declarados de VIH/sida.
- Conocer la magnitud de los casos prevalentes de la infección por VIH /sida
- Conocer mejor el proceso evolutivo de la infección por vih en nuestro medio
- Mejorar la calidad de la información de la declaración epidemiológica
- Disponer de la información epidemiológica en el nivel local

- Mejorar la identificación de los factores de riesgo

Además de la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH/sida, es necesario mejorar de forma sustancial la vigilancia epidemiológica del resto de las enfermedades de transmisión sexual. Aunque están incluidas en el SVEA, existe probablemente una insuficiente motivación de los médicos y médicas que deben declararlas por lo que existen importantes deficiencias en la notificación de infecciones como la sífilis, gonorrea o clamidias.

Existen importantes limitaciones a la hora de contar con datos fiables de la incidencia de ITS en nuestro medio. Aunque están incluidas en el sistema de vigilancia epidemiológica SVEA, la notificación de casos es inferior a la esperable. Esto supone una enorme dificultad para conocer realmente la situación de estas enfermedades y evaluar la efectividad de las medidas de prevención que se instauren.

Por último, no deberían olvidarse otros aspectos importantes de para el conocimiento del comportamiento de las ITS, como son los relativos a las características socioeconómicas de quienes las sufren y las desigualdades que existen en el acceso a medidas preventivas y al diagnóstico y tratamiento.

Objetivos

En Vigilancia Epidemiológica

1. Implantar sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VIH en la comunidad autónoma.
2. Mejorar la declaración epidemiológica de ITS.
3. Evaluar la efectividad de los programas de prevención y, fundamentalmente, sobre el retraso diagnóstico.
4. Ampliar y mejorar la difusión de resultados de los sistemas de vigilancia adaptando los mensajes en función de la población destinataria.

Actividades

En Vigilancia Epidemiológica

1. Se pondrá en marcha el sistema de información para la vigilancia de nuevas infecciones por VIH
2. Se implicará de manera más activa al conjunto de SVEA en los diferentes ámbitos territoriales (Distritos, Hospitales, provincias y SSCC) en la vigilancia de nuevas infecciones por VIH y sida.

Estrategias

3. Se establecerán acuerdos de colaboración para mejorar la vigilancia epidemiológica, con grupos de investigación y sociedades científicas andaluzas vinculadas en la atención de pacientes con VIH/sida.
4. Se realizará una revisión de la información existente para evaluar la posibilidad y rentabilidad de incluir variables socio-económicas en la notificación del VIH/sida
5. Se realizarán actuaciones destinadas a incorporar plenamente al sistema de vigilancia a los centros de atención a drogodependientes, centros penitenciarios, bancos de sangre, centros de ITS.
6. Actualizar anualmente la mortalidad (del Instituto de Estadística de Andalucía) en el sistema de información de infección por VIH/sida.
7. Se evaluará la calidad y exhaustividad del Sistema de vigilancia de VIH/sida.
8. Se recogerá información sobre retraso diagnóstico en el sistema de vigilancia de VIH/sida.
9. Se analizará, al menos con periodicidad anual, la información de Andalucía, provincial y de Distritos Sanitarios y de aquellas áreas geográficas o municipios de especial interés epidemiológico.

Indicadores de proceso

En Vigilancia Epidemiológica

1. Incorporación de la información de nuevas infecciones por VIH al Sistema de Vigilancia epidemiológica de infecciones /sida.
2. Incorporación al sistema de vigilancia epidemiológica a los centros de atención a drogodependientes, centros penitenciarios, bancos de sangre, centros de ITS.
3. Informe de evaluación de la vigilancia de VIH/sida
4. Informe epidemiológico anual de VIH/Sida incluyendo el análisis del retardo diagnóstico y de los municipios con mayor prevalencia

Investigación

No cabe duda de que los grandes logros obtenidos en la lucha contra el sida se deben en gran medida al importantísimo desarrollo que ha alcanzado la investigación en torno a esta enfermedad.

Desde 1982 hasta finales de 2009 se han publicado en todo el mundo más de 200.000 artículos científicos sobre el VIH/sida. Autores de España, desde 1986, fecha en la que se publicó el primer artículo recogido en un repertorio internacional como Pubmed, han publicado 4382 artículos en revistas científicas de impacto.

Del total de ellos, un 11,7% han sido publicados por autores que trabajan en centros andaluces. Este porcentaje está muy por debajo de la producción científica de Cataluña con un 22,3% o Madrid con un 44,15%, y es ligeramente inferior al peso de la enfermedad que corresponde a Andalucía, medido a través del número de casos la enfermedad que figuran en el Registro Nacional de Sida notificados por Andalucía (14,28%).

Uno de cada tres de estos artículos de autores andaluces (32,5%) ha sido publicado en el periodo de los últimos 5 años, mostrando un importante incremento de la producción científica española en este tema.

Tabla 39: Número de artículos publicados por autores en centros andaluces. 2005-2009.

Artículos Publicados por Autores en Centros Andaluces	Total	2005 - 2009
Almería	3	1
Cádiz	50	14
Córdoba	104	33
Granada	110	35
Huelva	29	8
Jaén	18	8
Málaga	73	30
Sevilla	126	38
Andalucía	513	167

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Hay que tener en cuenta que la inmensa mayoría de lo que se investiga en Andalucía, y también en España, se centra en los aspectos biomédicos de la enfermedad, con un peso muy escaso de las investigaciones del ámbito psico social. La metodología de investigación en VIH / sida debe abordarse desde la interrelación de 3 factores: vulnerabilidad, prevención y atención, y no sólo desde la perspectiva de los hallazgos clínicos. Es necesario priorizar las investigaciones dirigidas a

mejorar el conocimiento de las conductas de riesgo de la población general

Por último, también es importante considerar que la adecuada difusión de la investigación rigurosa es una parte esencial de la gestión del conocimiento y un reto constante es hacer llegar información veraz a la comunidad científica, profesional y también a las personas afectadas y a la ciudadanía.

Existen por tanto importantes retos que abordar para impulsar la investigación en sobre el sida en Andalucía.

Objetivos

En Investigación

1. Potenciar la investigación específica sobre VIH e ITS.
2. Promover y mejorar la capacidad de investigación de los distintos sectores que trabajan en materia de VIH e ITS.
3. Fomentar la investigación desde las perspectivas de la prevención, la asistencia, la recuperación y los cuidados paliativos de la población afectada con VIH/sida.
4. Mejorar la difusión de la producción científica sobre la material.

Actividades

En Investigación

1. Planificar y priorizar las líneas de investigación sobre las materias de:
 - ciencias sociales, epidemiológicas y de conducta.
 - estudios de ámbito autonómico de seroprevalencia de VIH en colectivos específicos (PEP, UDVP, HSH).
 - VIH y mujer.
 - estudios de supervivencia.
 - factores que contribuyen a la resistencia primaria al tratamiento.
 - adherencia al tratamiento.
 - resistencia secundaria al tratamiento.

- hábitos sexuales en población general y poblaciones específicas.
 - percepción de riesgo que tienen los jóvenes ante la infección por el VIH.
 - desarrollo de microbicidas anti-VIH.
 - determinantes sociales del estigma asociado al sida en el diseño de políticas de prevención y atención en los diferentes grupos.
 - estigma y discriminación y respuesta social .
2. Establecer convenios de colaboración entre universidad, ONGs y administración sanitaria para la realización de investigaciones sobre VIH/ITS.
 3. Prestar apoyo en Estudios multicentricos coordinados desde niveles autonómicos, nacionales o internacionales.
 4. Edición y difusión de material obtenido de las principales investigaciones así como de las reuniones de personas expertas.

Indicadores de proceso

En Investigación

1. Número y tipo de estudios sobre VIH/sida e ITS financiados que responden a las líneas prioritarias.
2. Número y tipo de convenios de colaboración formalizados entre universidad, ONGs y administración sanitaria.
3. Número y tipo de estudios multicéntricos desarrollados con apoyo de la Consejería de Salud
4. Número de publicaciones realizadas.

Formación

Como se ha mencionado, la producción científica en materia de infección por VIH y sida es enorme, también es importante la relativa a las enfermedades de transmisión sexual, aunque es casi insignificante al lado de la del sida. La formación es la estrategia clave para la actualización de conocimientos y la adquisición de habilidades y actitudes que garanticen las competencias profesionales necesarias entre quienes deben abordar el problema del sida, tanto en el sistema sanitario como en el movimiento asociativo.

Es importante contar con mecanismos de formación que permitan el intercambio de perspectivas entre diferentes perfiles profesionales de los ámbitos sanitario, social y asociativo. Es necesario desarrollar procesos formativos para que los profesionales de Atención Primaria puedan asumir sus funciones en el seguimiento de los pacientes en tratamiento antirretroviral crónico, sobre todo en el tratamiento de patologías intercurrentes y en el manejo de las interacciones medicamentosas.

También existe un reto importante en cuanto a la formación de profesionales de Atención Primaria para mejorar sus competencias en el abordaje de las enfermedades de transmisión sexual. Es necesario aumentar el índice de sospecha diagnóstica y de declaración, así como la capacidad de diagnóstico de algunas ITS como la infección por clamidia. Para ello será necesario diseñar estrategias de formación extensiva, que llegue a la mayoría del personal de medicina, de enfermería y de las matronas de Atención Primaria.

Objetivos

En Formación

1. Mejorar las competencias para el abordaje del sida y de las ITS de los y las profesionales del SSPA, especialmente de Atención Primaria, y también de profesionales del movimiento asociativo.
2. Incorporar a la formación las perspectivas multidisciplinares que permitan una visión integral de los problemas de salud relacionados con el sida y con las otras ITS.

Actividades

En Formación

1. Se definirán las competencias profesionales (actitudes, conocimientos y habilidades) que deben tener los distintos profesionales involucrados en la atención al VIH/sida y las ITS (enfermería, matronas, medicina de familia, ginecología, dermatología, urología, medicina interna, trabajo social y salud mental)
2. Se impartirán de cursos de formación y se elaborará una guía de apoyo para agentes de salud, educadores y educadoras en la prevención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que permita adquirir y reforzar conocimientos adecuados y específicos para informar, instruir y asesorar en temas relacionados con el VIH/sida.
3. Se diseñará una programa de formación específico para personal involucrado en la dispensación de metadona, orientado a impulsar su participación en la prevención positiva, la reducción del daño y la adherencia al tratamiento.

4. Se diseñarán una estrategia de formación de médicos de atención primaria en tres niveles: nivel de actualización, nivel básico y nivel avanzado. La formación a todos los niveles deberá incluir los aspectos bio-psico-sociales de la enfermedad, la perspectiva de género, la interculturalidad, la diversidad y los grupos poblacionales de especial atención.
5. Para el nivel de actualización se desarrollará un paquete de recursos didácticos sobre VIH/sida e ITS (power point, vídeos, etc) que se puedan utilizar en sesiones cortas de formación continuada. Estas serán impartidas por personas que hubieran realizado la formación básica o avanzada. Las direcciones de Distrito garantizarán que todos los centros de salud realizan las sesiones de actualización al menos cada 2 años.
6. Para el nivel de formación básica se diseñarán cursos (programa y recursos didácticos) a desarrollar en los programas de formación continuada de los distritos y hospitales (cursos presenciales de 20 horas acreditable). Serán organizados por los responsables de formación de distritos y hospitales e impartidos por quienes hubieran superado la formación avanzada.
7. Para la formación avanzada se diseñará un programa de formación semipresencial y acreditada, con prácticas en los centros de formación que se describen más adelante.
8. Actualizar los contenidos para la formación de residentes en las especialidades medicina de familia, ginecología, dermatología, urología, medicina interna, salud pública, psiquiatría y psicología clínica y en la formación de enfermería y matronas.
9. Establecer centros de referencia para la formación avanzada y la asesoría. En ellos se formará personal médico y de enfermería de atención primaria en conocimientos de VIH/sida e ITS. Se formará al menos a dos profesionales de medicina y dos de enfermería de cada centro de salud para:
 - que actúen como responsables de la implantación del PAI VIH/sida,
 - que implanten el protocolo de profilaxis postexposición no ocupacional de infección por vih
 - que implanten el protocolo de ITS
 - que sean formadores del personal de su centro de salud
 - que garanticen la calidad y continuidad asistencial en los pacientes cuyo seguimiento se transfiera de especializada a Atención Primaria
 - que actúen como consultores en centro de salud en materia de VIH/sida e ITS.
10. Se creará la función de asesoría on line (Modelo “La voz de la experiencia” ya experimentado en vacunas en el SSPA) que consistirá en responder a consultas realizadas por otros médicos ante una dificultad diagnóstica o terapéutica. Para la asesoría se utilizarán recursos TICs que permitirán la consulta a distancia mediante el envío desde un consultorio remoto por vía web de una ficha estandarizada con los datos clínicos del caso (sin identificación) y el envío de imágenes, tal como sucede en el programa de diagnóstico precoz del melanoma. El asesor/a contestará en un plazo establecido con las indicaciones sobre la pauta a seguir en el caso para mejorar el diagnóstico o el tratamiento.

Estrategias

11. Se facilitará el acceso del personal de ONGs que trabajan en VIH a determinados cursos de la EASP relacionados con la materia y con la metodología de salud pública e investigación.
12. Se realizarán actividades formativas en las casas de acogida para la implantación del Manual de actuación en Cuidados Paliativos para pacientes hospitalizados en Instituciones, públicas o privadas, ajenas al SSPA, previsto en el Plan de Cuidados Paliativos.
13. Se difundirán entre los profesionales y agentes comunitarios las distintas redes, foros y bancos de buenas practicas para su utilización.
14. Se facilitar el acceso gratuito a estudios y publicaciones sobre VIH/ITS mediante convenio para acceso a biblioteca virtual del SSPA de las asociaciones que trabajen en VIH/sida

Indicadores de proceso

En Formación

1. Porcentaje de distritos que han llevado a cabo formación a nivel de actualización.
2. Porcentaje de distritos que han llevado a cabo formación a nivel básico.
3. Porcentaje de distritos que han llevado a cabo formación a nivel avanzado.
4. Número de actualizaciones realizadas.
5. Número de centros de referencia en funcionamiento.
6. Funcionamiento de la asesoría “on line”.
7. Número de personas de ONGs que acceden a cursos de la EASP por mediación del Plan.
8. Número y tipo de actividades de difusión realizadas.
9. Disponibilidad de acceso a biblioteca virtual del SSPA de las asociaciones que trabajen en VIH/sida

7. Evaluación

Al formular los objetivos y actividades de las distintas estrategias de este Plan, se han descrito los principales indicadores que se utilizarán para la evaluación del proceso de desarrollo del PASIDA. Para la evaluación de resultados, es decir, del grado de logro de los objetivos, se ha dispuesto una batería de indicadores que figuran en el anexo 1 de este documento. Será necesario evaluar cada uno de ellos por la dificultad de contar con datos fiables para su cálculo o por el coste de obtenerlos.

Además de esta evaluación, será necesario evaluar los efectos de las acciones desarrolladas sobre la salud y sobre la efectividad de las actuaciones realizadas. Para ello se adoptará una selección de 20 indicadores que tienen como referencia los indicadores del Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida 2008-2012 y los que corresponden con las prioridades que han sido consensuadas en la XXII Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida en diciembre de 2007.

Estos indicadores pueden ser calculados de forma eficiente porque parten de sistemas de información ya existentes o cuya puesta en marcha está prevista en el propio PASIDA, como es el caso del registro de infecciones por VIH.

Tabla 40: Indicadores de evaluación según aspecto que mide.

	Indicador	Aspecto que mide
1	Tasa de incidencia anual de casos de sida notificados por millón de habitantes, número y porcentaje por principales categorías de transmisión (datos corregidos por retraso en la notificación).	Impacto en la salud.
2	Número de infecciones por VIH y de otras ITS notificadas por distrito, provincia y por año de diagnóstico.	Impacto en la salud.
3	Incidencia anual de casos de SIDA y otras ITS por edad y sexo.	Impacto en la salud.
4	Tasa de mortalidad anual por VIH / sida por 100.000 habitantes, por sexo.	Impacto en la salud.
5	Número de casos de infección, de sida y de otras ITS notificadas, por sexo y por principales categorías de transmisión y año de diagnóstico, y porcentaje sobre el total de casos (datos corregidos por retraso en la notificación).	Impacto en la salud.
6	Número de casos de otras ITS notificadas, por sexo, año de diagnóstico, y porcentaje sobre el total de casos (datos corregidos por retraso en la notificación).	Impacto en la salud.
7	Número de casos de infección por VIH, de sida y de otras ITS notificados en personas con país de origen distinto de España por año de diagnóstico, y porcentaje sobre el total de casos en España.	Impacto en la salud.
8	Número de casos y tasas de sida y otras ITS notificados por transmisión vertical según año de diagnóstico.	Impacto en la salud.
9	Tasas especificadas y estandarizadas de mortalidad por sida.	Impacto en la salud.
10	Años potenciales de vida perdidos.	Impacto en la salud.
11	Estancias Hospitalarias (número de altas y estancias media) por infección por VIH por sexo y año.	Actividad asistencial.
12	Pacientes en tratamiento con antirretrovirales.	Actividad asistencial.
13	Números de personas por edad, sexo y Distrito Sanitario incluido en el PAI VIH / sida.	Actividad asistencial.
14	Porcentaje de población sexualmente activa que utiliza el preservativo, por edad, sexo y nacionalidad de origen.	Efectividad de las actuaciones de prevención en población general.
15	Conocimientos sobre transmisión del VIH y el uso del preservativo, por edad, sexo y nacionalidad de origen	Efectividad de las actuaciones de prevención en población general.
16	Número anual de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas cuya categoría de transmisión es la del hombre homosexuales/bisexuales.	Efectividad de las actuaciones de prevención en HSH.
17	Prevalencia de infección de hombres que tienen sexo con hombres.	Efectividad de las actuaciones de prevención en HSH.
18	Número de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas en personas con país de origen distinto de España, por sexo y país de origen.	Efectividad de las actuaciones de prevención en personas con país de origen distinto de España.
19	Número anual de nuevas infecciones por VIH diagnosticadas cuya categoría de transmisión es el uso compartido de material de inyección para consumo de drogas, por sexo.	Efectividad de las actuaciones de prevención en población ADVP.
20	Porcentaje de nuevas infecciones diagnosticadas con un nivel de CD4 por debajo de 200/ul, por sexo.	Rertraso diagnóstico.

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

Tabla 41: Indicadores de evaluación del PASIDA. 2010-2015.

OBJETIVOS DEL PASIDA	INDICADORES
Estrategia 1 Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en población general	
1. Incrementar el nivel de información de la población sobre la infección por VIH e ITS, y sus mecanismos de transmisión, especialmente en aquellas personas con mayores dificultades de acceso a la información.	% de población por edad y sexo con información adecuada sobre VIH y otras ITS
2. Intensificar las estrategias de promoción del uso del preservativo y del acceso al mismo como medidas de prevención de la infección por VIH.	% de personas, por edad y sexo, que utilizan preservativo en las relaciones sexuales
3. Promocionar una gestión bien informada del riesgo de transmisión del VIH y otras ITS.	% de personas, por edad y sexo, que cuentan con recursos para el afrontamiento de las relaciones sexuales de riesgo
4. Impulsar el cambio de las actitudes de mujeres y hombres relacionadas con los condicionantes de género que dificultan la prevención de la transmisión heterosexual del VIH.	% de personas, por edad y sexo, que con actitudes positivas hacia la prevención de la transmisión del VIH tomando en cuenta los condicionantes de género
5. Cooperar con los medios de comunicación y sensibilizarlos para que mantengan la visibilidad de la epidemia.	% de contenidos publicados en medios de comunicación que aportan visibilidad a la epidemia sin contribuir a la estigmatización de las personas afectadas
6. Reducir las barreras y aprovechar las oportunidades de acceso a prácticas de sexo seguro	% de personas, por edad y sexo, que expresan una mayor accesibilidad a recursos para la práctica del sexo seguro
Estrategia 2 Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en subgrupos que requieren intervenciones específicas. (HSH, personas que ejercen prostitución, personas inmigradas, personas privadas de libertad)	
1. Capacitar a las personas de todos los grupos para la adquisición de habilidades tanto para proponer y aceptar el uso del preservativo como para reducir los riesgos sexuales, adaptándolas culturalmente cuando sea apropiado	% de personas por edad y sexo, de cada grupo con información adecuada sobre VIH y otras ITS
2. Reducir el número de ocasiones en las personas de los grupos más vulnerables practican sexo sin protección	% de personas por edad y sexo, de cada grupo que practica sexo sin protección adecuada sobre VIH y otras ITS
3. Proporcionar acceso fácil, discreto y universal a los instrumentos de prevención del VIH, a la reducción de daños y al diagnóstico precoz a toda población en riesgo de exclusión.	% de personas de cada grupo que refiere acceso fácil, discreto y universal a los instrumentos de prevención del VIH, a la reducción de daños y al diagnóstico precoz a toda población en riesgo de exclusión.
4. Acercar la prevención del VIH/sida y otras ITS a locales de ambiente gay y clubs en los que se ejerce prostitución.	% de locales de ambiente gay y clubs en los que se ejerce prostitución con intervenciones de prevención del VIH/sida y otras ITS.
5. Mejorar los programas específicos de prevención de la transmisión sexual en usuarios de drogas infectados por el VIH, y de prevención de la transmisión sexual y diagnóstico precoz del VIH para usuarios de drogas y parejas serodiscordantes	% de casos de transmisión sexual en usuarios de drogas infectados por el VIH y parejas serodiscordantes
6. Mejorar el autocuidado de la salud sexual de los grupos más vulnerables	% de personas por edad y sexo de los grupos más vulnerables capacitadas para el autocuidado
Estrategia 3 Prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en jóvenes y adolescentes.	
1. Incorporar la prevención del VIH en el contexto de la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela, en todas las etapas del proceso educativo y adaptada a la edad y a la diversidad cultural del alumnado.	% de centros educativos que realizan actividades de prevención con adaptación a la diversidad cultural de su alumnado
2. Promocionar el uso del preservativo entre los jóvenes como método anticonceptivo a la vez que de prevención de la infección por el VIH y otras ITS, para lograr una mayor aceptación y normalización de su uso, incluyendo medidas para facilitar el acceso.	% de personas, por edad y sexo, que utilizan preservativo en las relaciones sexuales

OBJETIVOS DEL PASIDA	INDICADORES
3. Introducir en los programas dirigidos a los grupos más vulnerables actividades de prevención de infección por VIH y otras ITS adaptadas a los más jóvenes (jóvenes gays, jóvenes UDI, jóvenes inmigrantes, mujeres jóvenes)	% de actividades dirigidas a los grupos más vulnerables actividades de prevención de infección por VIH y otras ITS adaptadas a los más jóvenes (jóvenes gays, jóvenes UDI, jóvenes inmigrantes, mujeres jóvenes)
4. Lograr la participación de los jóvenes en el diseño, ejecución y evaluación de los programas de prevención del VIH/ITS.	% de programas de prevención del VIH/ITS que han contado con la participación de los jóvenes en el diseño, ejecución y evaluación
5. Colaborar con los medios de comunicación para ofrecer campañas adaptadas a la población joven, utilizando las nuevas tecnologías y todas aquellas redes usuales en jóvenes y adolescentes	% de contenidos publicados en medios de comunicación con mensajes positivos adaptados a jóvenes
Estrategia 4 Mejora de la atención sanitaria y el diagnóstico precoz del VIH.	
1. Reducir el retraso diagnóstico, aumentando la tasa de diagnóstico precoz y asegurando el acceso equitativo a las pruebas diagnósticas a toda la población.	% de pacientes diagnosticados con > de 500 cd4 en VIH y con sífilis primaria
2. Garantizar que todas las personas infectas por VIH reciben atención sanitaria en el nivel más adecuado a su situación y acceden al tratamiento con criterios de calidad y equidad.	% de pacientes incluidos en el PAI VIH/sida
3. Impulsar la implantación del PAI "infección por VIH / sida" en los centros sanitarios dependientes del SSPA y el cumplimiento de las recomendaciones recogidas en el mismo.	% de centros de salud con el PAI VIH/sida implantado
4. Mejorar la coordinación entre el sistema sanitario y el resto de instituciones y organismos que juegan o puedan jugar un papel en el diagnóstico y la asistencia a personas con infección VIH (ONGs, asociaciones, entidades locales, otras Consejerías....)	% de distritos con sistema de coordinación establecido y funcionando
Estrategia 5 Mejora de la atención sanitaria y el diagnóstico precoz de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	
1. Fomentar la conciencia ciudadana sobre los riesgos de las ITS, las formas de prevenirlas y la importancia de que tanto las personas enfermas y sus contactos sigan el tratamiento adecuado.	% de personas, por edad y sexo, que con actitudes positivas hacia la prevención y el tratamiento de las ITS y de los contactos
2. Garantizar la accesibilidad al diagnóstico precoz y el tratamiento de las ITS de todas las personas enfermas y sus contactos.	% de centros de salud que desarrollan protocolos de atención a las personas con ITS y sus contactos
3. Mejorar la calidad de la atención (diagnóstico y tratamiento del caso y sus contactos).	% de centros cuyo personal ha participado en actividades de formación en ITS
4. Mejorar el control epidemiológico de las ITS.	Nº de casos de ITS declarados
Estrategia 6 Disminución del estigma y la discriminación social.	
1. Garantizar protección a la personas con VIH frente al estigma y la discriminación, fomentando la sensibilización y la información en la población general y en los profesionales de las distintas instituciones implicadas (salud, educación Bienestar e igualdad social y empleo).	% de personas que expresan actitudes positivas hacia las personas con infección por VIH
2. Generar confianza en la ciudadanía sobre la seguridad de los protocolos y medidas dirigidas a prevenir la transmisión, así como en los tratamientos farmacológicos y su efectividad.	% de personas que expresan confianza hacia las medidas de prevención y control de la infección por VIH
3. Eliminar y/o reducir falsas creencias y estereotipos relacionados con la población afectada.	% de personas que expresan actitudes positivas hacia las personas con infección por VIH

OBJETIVOS DEL PASIDA	INDICADORES
4. Implicar a los distintos agentes sociales en el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar la imagen y acceso de las personas afectadas por el VIH a los sistemas normalizado de atención.	% de acciones desarrolladas con la participación de 2 o más agentes sociales
Estrategia 7 Prevención positiva, calidad de vida y promoción de salud en personas con VIH.	
En Prevención Positiva	
1. Promover la salud sexual y disminuir la reinfección y transmisión de nuevas ITS en personas con VIH.	% de casos de transmisión sexual de VIH e ITS en parejas serodiscordantes
2. Promover modelos y cambios en los roles de género que faciliten la negociación y el uso del preservativo.	% de mujeres con parejas seropositivas capacitadas para negociar y adoptar conductas protectoras
En Calidad de vida	
1. Tratar reducir las secuelas de los efectos secundarios de los TARGA, específicamente la lipodistrofia.	% de pacientes con lipodistrofia tratados
2. Garantizar el acceso equitativo de las personas con VIH a las técnicas de reproducción asistida que oferta el SSPA.	% de solicitudes de parejas serodiscordantes en lista de espera de reproducción asistida
3. Integrar la perspectiva de la salud mental en los programas de prevención y tratamiento a las personas con VIH/sida.	% de pacientes con infección de VIH en los que se lleva a cabo intervención sistematizada de salud mental
4. Incorporar la atención en salud mental en el PAI VIH/sida.	Incorporación del abordaje de salud mental al PAI VIH/sida
5. Abordar el tratamiento coordinado de las adicciones en las personas con VIH/sida entre el SSPA y los centros de drogodependencias.	% de personas con infección por VIH en tratamiento por centros de drogodependencias con protocolo conjunto con su centro de salud
6. Promover la sensibilización y la formación de las organizaciones empresariales, sindicales y mutuas para una adecuada integración laboral de las personas con VIH.	% de empresarios, cuadros sindicales y profesionales de mutuas con actitudes positivas hacia la integración laboral de las personas infectadas por VIH
7. Apoyar la función de soporte social que cumplen las casas de acogida para personas con VIH/sida, en coordinación con la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social y e incorporando, cuando sea preciso, los recursos previstos en el marco del Plan de Cuidados Paliativos del SSPA.	% de pacientes residentes en casas de acogida que mejoran la adherencia al tratamiento y los indicadores de calidad de vida
8. Mejorar la accesibilidad de las personas con VIH a los recursos de promoción de salud existentes en Andalucía.	% de personas con infección por VIH que reciben intervenciones en tabaquismo, alimentación equilibrada, actividad física y salud sexual
Estrategia 8 Responsabilidad compartida y alianzas estratégicas.	
En Acción Intersectorial	
1. Crear alianzas con otros sectores públicos para una mayor eficacia y eficiencia en la prevención del sida y de las ITS, así como en la promoción de relaciones sexuales saludables y seguras.	Nº de actuaciones intersectoriales realizadas
2. Implicar y potenciar la colaboración entre las distintas Administraciones (Estado, CCAA, locales), las asociaciones empresariales y las sindicales para el desarrollo conjunto de estrategias de prevención, de inserción laboral y recuperación de personas con VIH.	Nº de actuaciones realizadas con otras administraciones, empresas y sindicatos para el desarrollo conjunto de estrategias de prevención, de inserción laboral y recuperación de personas con VIH.
3. Coordinar los esfuerzos en relación a la sensibilización social por parte de las administraciones públicas y entidades privadas, estableciendo una estrategia común con mensajes claramente identificados y definidos.	Nº de actuaciones realizadas con otras administraciones y entidades privadas con la finalidad de desarrollar una estrategia común con mensajes claramente identificados y definidos
4. Promover la coordinación a nivel local.	Nº de Zonas Básicas de Salud que cuentan con una estructura de coordinación intersectorial

OBJETIVOS DEL PASIDA	INDICADORES
5. Fortalecer la capacidad de las ONG y las administraciones públicas andaluzas para el desarrollo de intervenciones relacionadas con el VIH/Sida en países en vías de desarrollo	Nº y tipo de acciones formativas llevadas a cabo entre administraciones y ONGs para el desarrollo de programas de cooperación en materia de VIH/sida
En Complementariedad	
1. Introducir la perspectiva de la prevención del sida y de las ITS y la de promoción de relaciones sexuales saludables y seguras en los diferentes planes y programas (Inmigración, prostitución, Forma Joven,...) que se dirijan a abordar situaciones de mayor vulnerabilidad.	Nº de programas de la Junta de Andalucía que se dirijan a abordar situaciones de mayor vulnerabilidad en los que se ha incorporado la perspectiva de la prevención del sida y de las ITS y la de promoción de relaciones sexuales saludables y seguras
2. Mejorar la comunicación, colaboración y coordinación entre las diferentes administraciones sectoriales, empresas y entidades o asociaciones involucradas en la prevención y el tratamiento del VIH y otras ITS.	Nº de acciones de comunicación intersectorial llevadas a cabo
3. Articular las oportunidades de actuación de cada uno de los planes y programas vigentes a propósito de las personas con VIH/sida.	Nº de programas de la Junta de Andalucía que se dirijan a abordar situaciones de mayor vulnerabilidad en los que se ha incorporado la atención a personas con infección por VIH
En Participación	
1. Incorporar a la ciudadanía a las estrategias de mejora de la calidad de los servicios y programas.	Nº y tipo de mecanismos de mejora de calidad en los que participan entidades ciudadanas
2. Apoyar el movimiento asociativo de personas afectadas y familiares.	Nº de asociaciones y entidades que cuentan con apoyo técnico o financiero por parte del Plan
3. Potenciar y articular la participación activa de afectados/afectadas y familiares en todos y cada uno de los ámbitos de desarrollo y en la elaboración, aplicación y seguimiento de este Plan .	Existencia de mecanismos de participación en todos y cada uno de los ámbitos de desarrollo y en la elaboración, aplicación y seguimiento de este Plan .
4. Hacer participe a las asociaciones profesionales y colectivos profesionales en el diseño e implementación de actividades dirigidas a la prevención de la infección por VIH y en las dirigidas a fomentar el apoyo social a las persons afectadas.	% de entidades que participan en los mecanismos establecidos
5. Promover el desarrollo de acuerdos de asociación entre instituciones públicas, asociaciones y otros actores (sindicatos, empresas, etc) en los niveles autonómico, provincial y local.	Nº de proyectos desarrollados en el marco de acuerdos de asociación a niveles autonómico, provincial y local
6. Fomentar la participación de profesionales de la salud en las actividades desarrolladas por el movimiento asociativo y viceversa.	Nº de actuaciones desarrolladas con participación de profesionales del SSPA y del movimiento asociativo
Estrategia 9 Fomento de la investigación, formación y vigilancia epidemiológica.	
En Vigilancia Epidemiológica	
1. Implantar sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por VIH en la comunidad autónoma.	% de centros sanitarios del SSPA que participan en el sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos
2. Mejorar la declaración epidemiológica de ITS.	% de incremento en la notificación de ITS
3. Evaluar la efectividad de los programas de prevención y, fundamentalmente, sobre el retraso diagnóstico.	% de casos en los que figura el nº de cd4 en el momento del diagnóstico
4. Ampliar y mejorar la difusión de resultados de los sistemas de vigilancia adaptando los mensajes en función de la población destinataria.	Nº de asociaciones y entidades que reciben la información epidemiológica sobre VIH/sida e ITS
En Investigación	
1. Potenciar la investigación específica sobre VIH e ITS.	Nº de artículos publicados sobre VIH o ITS por autores andaluces
2. Promover y mejorar la capacidad de investigación de los distintos sectores que trabajan en materia de VIH e ITS.	Nº de proyectos financiados por instituciones públicas sobre VIH o ITS

OBJETIVOS DEL PASIDA	INDICADORES
3. Fomentar la investigación desde las perspectivas de la prevención, la asistencia, la recuperación y los cuidados paliativos de la población afectada con VIH/sida.	Nº de trabajos de autores andaluces publicados sobre prevención, la asistencia, la recuperación y los cuidados paliativos de la población afectada con VIH/sida.
4. Mejorar la difusión de la producción científica sobre la material.	Nº de entidades que reciben información científica actualizada
En Formación	
1. Mejorar las competencias para el abordaje del sida y de las ITS de los y las profesionales del SSPA, especialmente de Atención Primaria, y también de profesionales del movimiento asociativo.	Nº de personas formadas para el abordaje del sida y de las ITS
2. Incorporar a la formación las perspectivas multidisciplinares que permitan una visión integral de los problemas de salud relacionados con el sida y con las otras ITS.	Tipología de contenidos incorporados a la formación de profesionales

Fuente: Consejería de Salud . Secretaría General de Salud Pública y Participación.

8. Bibliografía

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.
2. Amo, Mercedes. Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud [Sevilla] : Consejería de Salud, [2008].
3. Annual Epidemiological report on Communicable Diseases in Europe 2008. Report on the state of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries. European Centre for Disease Prevention and control 2008.
4. Antela, Antonio. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C: OPS, © 2004. ISBN 9275325510.
5. Asamblea General de Naciones Unidas 55 sesión. Resolución A/55/L.2. Declaración del Milenio.
6. Benjumea F, García I, Menoyo C, Novoa V, Sancho R, Villegas L. Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en hombres que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
7. Bimbela J.L. El Counselling: una tecnología para el bienestar del profesional ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 33-42.
8. Bimbela JL, Maroto G. Mi chico no quiere utilizar condón, estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003.
9. Cañellas Soledad, Perez de la Paz Julio, Noguer Isabel, Villaamil Fernando, García Berrocal M^a Luisa, de la Fuente Luis, Belza M^a José y Castilla Jesús. Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la comunidad de Madrid. Rrv Esp Salud Pública 2000; 74: 25-32.
10. Castilla J, Pachón I, González MP, et al. Seroprevalence of HIV and HTLV in a representative sample of the Spanish population. Epidemiol Infect 2000 125:159-62.
11. Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López I, Moreno-Iribas C et al. Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (2000-2004). Gac Sanit 2006;20:4428.
12. CDC. Summary of a Review of the Literature: Programs to Promote Chlamydia Screening. April 12, 2007.
13. CDC Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2007.

Bibliografía

14. Chamorro Lourdes. VIH Y SIDA EN ESPAÑA. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 665-668.
15. Colectivo IO.... Migraciones Internacionales hacia España, 2005. En: La prevención del VIH/sida en la población inmigrante, pp. 9-24. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
16. Comentario epidemiológico Enfermedades Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2007 del 30/03 al 05/04 de 2008 vol. 16 n.º 8/85-96.
17. Consejería de Salud I Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002 - 2016.
18. Consejería de Salud I Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003 - 2007.
19. Consejería de Salud PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LAS CARDIOPATIAS DE ANDALUCÍA 2005-2009.
20. Consejería de Salud PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA 2005-2010.
21. Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Resolución A/RES/S-26/2. Junio de 2001.
22. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas, Informe 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005.
23. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. SEIMC 2007.
24. Enfermedades Infecciosas. Principios y práctica. Mandell, Douglas y Bennett 6ª edición . año 2006.
25. Estudio de Buenas Prácticas en Materia de Inserción Laboral de Personas Seropositivas Cesida - Hepta Diciembre 2005.
26. EuroHIV. HIV/AIDS. Surveillance in Europa. End-year report 2006. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. No. 75. <http://eurohiv.org/>.
27. Flores Enrique, Borda Mercedes, Pérez San Gregorio M. Jóvenes: Sida y Exclusión Social: Alteraciones Emocionales Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 11, N.º 1, pp. 37-49, 2006.
28. Foreman Martin, Lyra Paulo, Breinbauer Cecilia. Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud Organización Panamericana de la Salud, 2003 ISBN 92 75 32471 9.
29. Fuster M, Estrada V, Fernandez-Pinilla MC, Fuentes-Ferrer ME, Tellez MJ, Vergas J, Serrano-Villar S, Fernandez-Cruz A. Smoking cessation in HIV patients: rate of success and associated factors. HIV Med. 2009 Nov;10(10):614-9. Epub 2009 Jul 29.

30. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarui E, Klokke A, Senkoro K, Mayaud P, Changalucha J, Nicoll A, ka-Gina G, Newell J, Mugeye K, Mabey D, Hayes R. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV. infection in rural Tanzania: randomized controlled trial. The Lancet 1995;346:530-536.
31. Grupo de expertos de GEAM, GESIDA y la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida RECOMENDACIONES SOBRE ALTERACIONES METABÓLICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH (Marzo 2009).
32. Moreno-Iribas C, et al. Consideraciones sobre la cuantificación de las infecciones por el VIH. La experiencia de Navarra Gac Sanit. 2005;19(5):393-7.
33. Informe Cuídate.info “El sexo que practicamos”. Stop sida, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. 6 Centre d’estudis epidemiològics sobre el VIH/SIDA de Catalunya (CEESCAT).
34. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III Centro Nacional de Epidemiología Infecciones de transmisión sexual. Enero 2009.
35. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.1995-2007.
36. Instituto Nacional de Estadística. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. España, 2003. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2006.
37. JUST Joseph, Martínez Óscar, ESTANYOL Vicente MORA Amadeo. El partenariado como estrategia de trabajo social comunitario Cuadernos de Trabajo Social 2000, 13:253-268.
38. Kindelán Jaquotot JM, et al. Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;20(Supl. 2):19-28.
39. Lecuona A. Situación actual de las trabajadoras de sexo. X Congreso Nacional sobre el SIDA. San Sebastián, 2007. 2 Belda J, Belza MJ, Estébez A, Fernández Oruña C, Fernández MA, González A, Mansilla R, Menoyo C, Rodés A, Rodríguez MA, Rouch M, Suárez M, Valle R, Zaragoza.
40. Leyes P, Martínez E, Forga Mde T. Use of diet, nutritional supplements and exercise in HIV-infected patients receiving combination antiretroviral therapies: a systematic review. Antivir Ther. 2008;13(2):149-59. Review.
41. Martínez Luisa del Carmen, Sedó Ramón G., Terrón Blanco José Luis El tratamiento del VIH/sida en los medios de comunicación escritos españoles: ABC, El Mundo, El País, El Periódico, La Vanguardia (Octubre 2007-Marzo 2008) Observatorio Comunicación y Salud. Barcelona, 2008.
En: www.portalcomunicacion.com/ocs/down/2008_inves_vihsida.pdf.
42. Martínez E, Larrousse M, Gatell JM. Cardiovascular disease and HIV infection: host, virus, or drugs? Curr Opin Infect Dis. 2009 Feb;22(1):28-34. Review.

Bibliografía

43. Ministerio de Sanidad y Política Social. Ministerio de Ciencia e Innovación. Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH Sida Resultados 2008 Análisis de la Evolución 1996-2008. Madrid, Marzo de 2009.
44. Ministerio de Sanidad y Política Social. PLAN MULTISECTORIAL FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA España 2008-2012 Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida Madrid, diciembre 2007.
45. OMS Estudio Health Behavior in school-aged children. HBSC-2006.
46. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos / Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales. Sexta directriz Revisada. Acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Ginebra, 2003. (ONUSIA/03.015).
47. Oliva G, Almazán M, Guillén M. Prueba de detección rápida de la infección por VIH. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/03.
48. OMS VIH/SIDA y salud mental Informe de la Secretaría del Consejo Ejecutivo. 20 de noviembre de 2008.
49. ONUSIDA Declaración de París. 1994. En <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/GIPA/default.asp>.
50. ONUSIDA Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008 : resumen de orientación. ISBN 978 92 9 173719 2.
51. ONUSIDA. INFORME DE POLÍTICA DEL ONUSIDA : Mayor participación de las personas que viven con el VIH (MPPVS). Abril 2007. En <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/GIPA/default.asp>.
52. ONUSIDA Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual. Marzo 2009 ISBN 978 92 9 173772 7.
53. OMS. Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: proyecto de estrategia mundial. Informe de la Secretaría A59/11. 2006.
54. Organización Mundial de la Salud, Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. (Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos ; no. 1) 2002 ISBN 92 4 354569 8.
55. Organización Mundial de la Salud. Guía para hacer un uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH. Washington, D.C: OPS, © 2005.
56. Pachón Díaz Jerónimo, Pujol de la Llave Emilio, Rivero Román Antonio La infección por el VIH: Guía práctica. 2ª Edición. I.S.B.N.: 84-607-8221-2. 2003.
57. Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida Recomendaciones de Gesida y PNS sobre el tratamiento antirretroviral del adulto (enero 2009) En www.gesida.seimc.org/.../gesidadcyrc2009_RecomendacionesdeGesida-PNSobreTARVcontextoresaltado.pdf.
58. Radka Ivanova, Salvador Vergara, Fernando Lozano, Jesús Santos. SAEI. Estudio de las Casas de Acogida para pacientes con infección por VIH/SIDA en Andalucía. Perfil del Acogido desde la perspectiva de Salud. No publicado. Octubre 2009.

59. Recomendaciones CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS para el seguimiento del paciente pediátrico infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Junio de 2009
<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>
60. Recomendaciones de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización febrero 2009)
<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>.
61. Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, el Grupo de Estudio de Sida (GeSida/SEIMC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. Junio 2007 <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>.
62. Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/GESIDA/AEP/CESCAT/SEMP sobre la profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños.
<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>.
63. Recomendaciones de la Secretaria del Plan nacional sobre el Sida/SEP/SENP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por VIH Octubre 2008.
64. Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Intervenciones poblacionales para la reducción de infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4, artículo n.º: CD001220. DOI: 10.1002/14651858.CD001220.pub2.
65. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. Situación epidemiológica del VIH/SIDA en mujeres 2005. Actualización diciembre 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
66. Secretaría del Plan Nacional sobre el sida. Guía de práctica clínica para el abordaje integral del adolescente con infección por el VIH Noviembre 2008.
67. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Grupo de trabajo sobre ITS. Febrero 2009.
68. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2008-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2008.
69. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Infección VIH no diagnosticada: Situación en España. Marzo, 2009.
70. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL SIDA EN ESPAÑA REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA ACTUALIZACIÓN A 31 DE DICIEMBRE DE 2008 Informe Semestral n.º 2, Año 2008.
71. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/sida EN INMIGRANTES. Agosto, 2009.
72. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/sida EN MUJERES. Diciembre 2008.
73. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN ESPAÑA VALORACIÓN DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN ESPAÑA A PARTIR DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE LAS CCAA PERIODO 2003-2007 ACTUALIZACIÓN 30 de junio de 2008.
74. Serena Buccini, Germán Humberto Rincón Perfetti. UNUSIDA Derechos Humanos, infección por Vih y Sida. Primera edición. Bogotá Colombia. Febrero de 2008.

Bibliografía

75. Servicio de Drogodependencias, Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios, Memoria 2005. Ministerio del Interior. Madrid, 2007.
76. Sexually transmitted infections World Health Organization September 2007.
77. Silva TC, Lozano O, Lacasa D et al. Diferencias de género en el comportamiento sexual de los jóvenes inyectores de Barcelona, Madrid y Sevilla (Proyecto ITÍNERE).
78. Sistema de vigilancia epidemiológica en Andalucía . Informe ITS 2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
79. Sistema de vigilancia epidemiológica en Andalucía. Registro andaluz de casos de sida. Informe 2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
80. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas La infección por el VIH: Guía Práctica 2 edición I.S.B.N.: 84-607-8221-2. 2003.
81. Tamyko Ysa Riesgos y beneficios de trabajar en partenariat en los gobiernos locales IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 - 5 Nov. 2004.
82. UNAIDS. ICPD + 10: World Reaffirms Cairo: Official Outcomes of the ICPD at Ten Review (2005) http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/UmbrellaPolicies/Gender_Umbrella_Policies.asp.
83. UNAIDS. ICPD + 5: Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD (1999) en: http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/Resources/PolicyGuidance/UmbrellaPolicies/Gender_Umbrella_Policies.asp.
84. UNAIDS/IMPACT/FHI Estimating the Size of Populations at Risk for HIV. Issues and Methods updated July 2003 ISBN 974-91495-0-5.
85. Universidad Carlos III / Cruz Roja Española. Discriminación y VIH/SIDA. 2005. Estudio Fipse sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o Sida. Fipse, Madrid 2006.
86. Vergara de Campos Antonio. DROGADICCIÓN Y METADONA EN EL PACIENTE VIH POSITIVO 2004 Scientific Communication Management, S.L. Depósito legal: M-31248-2004.
87. Vigilancia epidemiológica de sida en España. Registro Nacional de Sida, informe nº 1/2008, actualización a 30 de junio de 2008.
88. Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de la epidemia de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Actualización año 2005. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.
89. WHO. AIDS epidemic update : November 2009. ISBN 978 92 9173 832 8.

9. Relación de Tablas y Gráficas

Tablas:

Tabla 0: Perfil de las personas participantes en la elaboración del PASIDA

Tabla 1: Características de los nuevos casos de VIH comunicados en 2006 según áreas

Tabla 2: Tasas de sida por año de diagnóstico y provincia de residencia. 1988-2008

Tabla 3: Casos de sida por año de diagnóstico y provincia de residencia. 1988-2008

Tabla 4: Mortalidad con sida según sexo en Andalucía 1989-2007

Tabla 5: Mortalidad acumulada 1982-2009 en el Registro Andaluz de Casos de Sida por provincia de residencia

Tabla 6: Número de casos de sida declarados en 2008 por año de diagnóstico.

Tabla 7: Número de casos de sida del año 2008 y tasas, por provincia de residencia. Año 2008

Tabla 8: Casos y tasas de sida por distrito sanitario. Año 2008

Tabla 9: Número de casos declarados en 2008 y diagnosticados en 2008, según instituciones declarantes

Tabla 10: Número de casos de país de origen distinto de España declarados en toda la epidemia y diagnosticados en 2008 por provincia de residencia

Tabla 11: Tasas de incidencia de sida por 100.000 personas

Tabla 12: Tasas provinciales de incidencia de sida en población inmigrante 2008

Tabla 13: Número de altas hospitalarias y personas con causa 042 (CIE-9TM), por hospitales de Andalucía 2008

Tabla 14: Número de altas hospitalarias, estancias medias, media de edad e individuos, con causa 042 (CIE-9TM). 1997-2008

Tabla 15: Dispensación de antirretrovirales dispensados a pacientes externos en hospitales del S.A.S. y empresas públicas. Año 2008

Tabla 16: Datos sobre ITS ECDC 2008

Tabla 17: Casos declarados en Redalerta

Tabla 18: Tasa bruta de ITS declarada en Redalerta

Relación de de Tablas y Gráficas

Tabla 19: Enfermedades EDO según provincias

Tabla 20: Casos y frecuencia de enfermedades EDO

Tabla 21: Casos y frecuencia de enfermedades EDO

Tabla 22: Distribución de la sífilis en Andalucía 2003-2008

Tabla 23: Casos de sífilis y tasas por 100.000 habitantes

Tabla 24: Sífilis congénitas declaradas según provincia. 2003-2008

Tabla 25: Sífilis congénitas declaradas según diagnóstico. 2003-2008

Tabla 26: Distribución prenatal de los casos de sífilis congénita declarada en CMBD. 2005-2007

Tabla 27: Distribución de la enfermedad gonocócica en Andalucía. 2003-2008

Tabla 28: Casos y tasa de enfermedad gonocócica

Tabla 29: Distribución de la infección por clamidia. 2003-2008

Tabla 30: Distribución de la infección genital por herpes según provincias. 2003-2008

Tabla 31: Estimación del número de personas infectadas que ignoran su situación según el distrito sanitario

Tabla 32: Casos detectados mediante estrategias de acercamiento con test de diagnóstico rápido en Andalucía.

Tabla 33: Implantación del PAI VIH/sida en los Distritos de Atención Primaria de Andalucía.

Tabla 34: Número de casos incluidos en el PAI VIH/sida y coberturas en los Distritos de Atención Primaria de Andalucía.

Tabla 35: Casos tratados de lipodistrofia en hospitales del SSPA.

Tabla 36: Número y mortalidad de transplantes de renales en personas VIH+ de los hospitales andaluces. Hasta octubre de 2009.

Tabla 37: Número y mortalidad de transplantes de hepáticos en personas VIH+ de los hospitales andaluces. Hasta octubre de 2009.

Tabla 38: Programas y actividades llevadas a cabo por las CAES.

Tabla 39: Número de artículos publicados por autores en centros andaluces. 2005-2009.

Tabla 40: Indicadores de evaluación según aspecto que mide.

Tabla 41: Indicadores de evaluación del PASIDA. 2010-2015.

Gráficas:

Gráfica 1: Evolución de tasas anuales de casos de sida en Andalucía 1982-2008

Gráfica 2: Evolución de tasas anuales de casos de sida por provincia 1982-2008

Gráfica 3: Evolución de casos de sida y defunciones con sida en Andalucía 1989-2007

Gráfica 4: Tasas estandarizadas de mortalidad en sida, por sexo . Andalucía 1989-2007

Gráfica 5: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Cádiz, 1989-2007

Gráfica 6: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Almería, 1989-2007

Gráfica 7: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Córdoba, 1989-2007

Gráfica 8: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Granada, 1989-2007

Gráfica 9: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Huelva, 1989-2007

Gráfica 10: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Jaén, 1989-2007

Gráfica 11: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Málaga, 1989-2007

Gráfica 12: Evolución de los casos de sida y la mortalidad con sida. Sevilla, 1989-2007

Gráfica 13: Evolución nº casos por principales categorías de transmisión. Andalucía, 1982-2008

Gráfica 14: Evolución nº casos por principales categorías de transmisión. Hombres, Andalucía, 1982-2008

Gráfica 15: Evolución nº casos por principales categorías de transmisión. Mujeres, Andalucía, 1982-2008

Gráfica 16: Evolución nº casos transmisión HMR. Andalucía, 1982-2008

Gráfica 17: Evolución casos de sida por sexo. Andalucía, 1982-2008

Gráfica 18: Evolución razón Hombre/Mujer en casos de sida. Andalucía, 1986-2008

Gráfica 19: Evolución de la edad al diagnóstico. 1988-2008

Gráfica 20: Evolución de edad media al diagnóstico de caso de sida. 1986-2008

Gráfica 21: Evolución de edad media al diagnóstico de caso de sida. Hombres y mujeres, 1986-2008

Gráfica 22: Evolución de las principales enfermedades indicativas de sida. 1982-2008

Gráfica 23: Enfermedades indicativas de sida más frecuentes en Andalucía en 2008

Gráfica 24: Número y porcentaje de casos de sida, de otros países de origen en Andalucía. Años 1986-2008

Gráfica 25: Porcentajes de casos de sida según continente de origen. Andalucía 1982-2008

Gráfica 26: Evolución ITS en Andalucía 2003-2008

Gráfica 27: Representación gráfica de las tasas de ITS en Andalucía.

Gráfica 28: Representación gráfica de las tasas de ITS en Andalucía.

Gráfica 29: Representación gráfica de las tasas de ITS en Andalucía.

Gráfica 30: Comparativa de declaraciones en asistencia primaria y hospital.

Gráfica 31: Distribución de sífilis en Andalucía 2003-2008.

Gráfica 32: Distribución de casos de sífilis por edad y sexo. Año 2008.

Gráfica 33: Distribución de casos de sífilis en hombres. 2005-2008.

Gráfica 34: Distribución de casos de sífilis en mujeres. 2005-2008.

Gráfica 35: Distribución de la enfermedad gonocócica en hombres. 2005-2008.

Gráfica 36: Distribución de la enfermedad gonocócica en mujeres. 2005-2008.

Gráfica 37: Distribución de la infección genital clamidia en hombres. 2005-2008.

Gráfica 38: Distribución de la infección genital clamidia en mujeres. 2005-2008.

Gráfica 39: Distribución de la infección por herpes genital en hombres. 2005-2008.

Gráfica 40: Distribución de la infección por herpes genital en mujeres. 2005-2008.

Gráfica 41: Evolución del número de IES con Programa Forma Joven. Años 2001-2009.

Gráfica 42: Distribución de la sintomatología de las personas atendidas en los hospitales públicos españoles el día de la encuesta.

Gráfica 43: Evolución de los CD4 de las personas atendidas en los hospitales públicos españoles el día de la encuesta.

Gráfica 44: Evolución de la carga viral de las personas atendidas en los hospitales públicos españoles el día de la encuesta.

Gráfica 45: Distribución del régimen de atención a las personas atendidas en los hospitales públicos españoles el día de la encuesta.

Gráfica 46: Frecuencia de síntomas en las personas ingresadas en las CAES.

10. Relación de Participantes

COORDINACIÓN GENERAL

Manuel Rodríguez Rodríguez.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Carmen Zamora Fuentes.

GRUPOS DE TRABAJO

GRUPO 1: PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS EN POBLACIÓN GENERAL.

Secretaría: María José Ruiz Sierra

Monica Padial Espinosa	Consejería de Salud
Teresa Muela	FAMP
Aureliana Segador	SEISIDA
Ana Doñoro	Ayto. San Juan de Aznalfarache
M ^a Juana Gomez Julián	Delegación Provincial de Salud de Sevilla
Jesus Herrera Serrano	COLEGA Granada
Sonia Iturriaga	CHALAVIPEN
M ^a Dolores Romera	COLEGA Jaén
Marisa Lopez	FAVA
Antonia Suarez	Plan Integral de tabaquismo
Joaquin Mayordomo	El Pais

GRUPO 2: PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS EN SUBGRUPOS QUE REQUIEREN INTERVENCIONES ESPECÍFICAS.

Secretaría: Javier Blanco/Julia Sagrario

Patricia García Roldán	Servicio Andaluz de Salud
Tomás García Maeso	Distrito Sanitario Aljarafe
Ana Risueño Sánchez	Distrito sanitario Sevilla Sur
Pastora Tirado	Drección General de Drogodependencia
Rúl del Río	Fundación Triangulo
Fabiola Fernandez	Médicos del Mundo
Jose Antonio Ramirez Ruiz	Centro Penitenciario Puerto II
Gloria Fernandez-Gaitan	APREX
Carmen de la Torre	Comité ciudadano antisida Campo de Gibraltar
Manuel Guijarro	ACCEM
Santiago Villanueva	Andalucía Acoge
Belén Lopez Martinez	AVOPRI
David Cedeño Cabañas	COLEGA Málaga
Luis Bononato	Proyecto Hombre Cádiz
Francisco Gonzalez García	OCREM
Sonia Pinteño Orihuela	Cruz Roja Cádiz

GRUPO 3: PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS EN JOVENES Y ADOLESCENTES

Secretaría: María del Mar Fernández

Inmaculada Brito	Ayto. San Juan de Aznalfarache
Carmen Rojas	D. P. Sevilla. Programa Forma Joven
M ^a Pilar Triguero	AMPAS
M ^a Angeles Cedillo	Universidad de Sevilla
Inmaculada Senovilla	CHALAVIPEN
María Aranda	Jaén Objetivo Vida
Jesús Morales	Fundación Triangulo
María José Martos	AVALON
Francisco Perez Conteras	HOGAR 20
Inmaculada Tejada	Cruz Roja Cádiz
M ^a Jesús Romero	Consejo de la Juventud
Remedios M ^a Herrera	Instituto Andaluz de la Juventud
Sonia Fernández	Plan integral de Tabaquismo

GRUPO 4: MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL VIH.

Secretaría: German Hedo

Carmen Lama Herrera	Servicio andaluz de Salud
Angela Camacho Espejo	SAS. Proceso VIH/sida
Jesus Santos	SAS. Proceso VIH/sida
Fernando Lozano	GESIDA
Antonio Vergara	SAEI
Begoña Espinosa de los Monteros	Médicos del Mundo
Reyes Palacios Bautista	ADHARA
Antonia Mercado	Delegación Provincial de Salud de Jaén

GRUPO 5: MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE ITS.

Secretaría: Carmen Zamora

Manuel Rodriguez	Consejería de Salud
Isabel Pueyo	Centro de ITS de Sevilla
Javier Ras Luna	Servicio Andaluz de Salud
Lourdes Muñoz Collado	Delegación Prvincial de Salu de Jaén
Isabel Rodenas Luque	Delegación Provincial de Salud de Sevilla
Eugenio Lopez	Médicos del Mundo
Teresa Pineda	Federación Girasol
Soledad Marquez	Consejería de Salud

GRUPO 6: DISMINUCIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN SOCIAL

Secretaría: Gema Díaz

David Berlanga	Canal Sur 2
Basilio de Santiago Huete	CC.OO
Carmen Herrera Vaca	UGT
M ^a Jesús Bautista Chamorro	Jaén Objetivo Vida
Andrés Vega	Fundación Triángulo
Alexandra Ríos	Médicos del Mundo
Paqui Ruiz Moreno	ASIMA
M ^a Isabel Pérez García	COLEGA Málaga
Alfredo Castillo	Oficina del Defensor del Pueblo

GRUPO 7: PREVENCIÓN POSITIVA, CALIDAD DE VIDA Y PROMOCIÓN DE SALUD EN PERSONAS CON VIH

Secretaría: Rafael García

Pablo Cubillana	Servicio andaluz de Salud
Teresa Navazo	Fundación Triángulo
José María Cabra	Médicos del Mundo
Nieves Martínez	AVALON
Ester Díaz	ASIMA
Yolanda Traverso	ADHARA
Gloria Rivas	CARITAS
Ana Ruiz	Plan Andaluz de Tabaquismo
Antonio Jesús Molina	Proyecto Hombre Granada
Antonio Barrones	Siloé

GRUPO 8: RESPONSABILIDAD COMPARTIDA Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS.

Secretaría: Fermín García/ Guadalupe Longo

Adelaida de la Corte	Ayto San Juan de Aznalfarache
Manuel Reina Jiménez	Servicio Andaluz de Salud
Teresa Muela	FAMP
Juan Pedrero Pérez	CC.OO
Antonio Macías Borrero	UGT
Antonio Moya Monterde	CEA
Daniel López Vega	ASPASA
María Burgos	Coordinadora ONGs
Antolina Exposito	Consejería de Salud

Relación de Participantes

GRUPO 9: FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Secretaría: Sara Ortiz

Gloria Anderica	Consejería de Salud
Beatriz Pascual	Distrito Sanitario Aljarafe
M ^a Dolores Merino	SAEI
Diego Piñero Leciñena	COLEGA Granada
Ivan Zaro	Fundación Triangulo
Valentín Marquez	Médicos del Mundo
Carolina Zanollla	ASPASA

GRUPO 10: PERSPECTIVA DE GENERO EN EL VIH/SIDA Y OTRAS ITS

Secretaría: Mercedes Amo

Francisco Cantizani	Servicio Andaluz de Salud	Adscrito al Grupo 1
Antonio Ochoa	Instituto Andaluz de la Mujer	Adscrito al Grupo 2
M ^a José Girela	Universidad de Granada	Adscrita al Grupo 3
Concepción Borja	Delegación Provincial de Málaga	Adscrita al Grupo 4
Isabel Marín	Delegción Provincial de Granada	Adscrita al Grupo 5
Patricia Romero	Cruz Roja Cadiz	Adscrita a Grupo 6
Syra Borrás	Consejería de Salud	Adscrita a Grupo 7
Sonia Sanchis	Servicio Andaluz de Salud	Adscrita a Grupo 8
M ^a del Mar García Calvente	EASP	Adscrita a Grupo 9

REVISIÓN EXTERNA: Victor Sarmiento Gonzalez-Nieto

