



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS
SOCIALES E IGUALDAD

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

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE
LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DEL GARPR

ESPAÑA

Enero de 2015 - diciembre de 2015

Madrid, 31 de marzo de 2016



INDICE

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

2. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

3. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

4. PRÁCTICAS ÓPTIMAS

5. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

6. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

7. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN



I. SITUACION ACTUAL

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

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

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

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

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

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

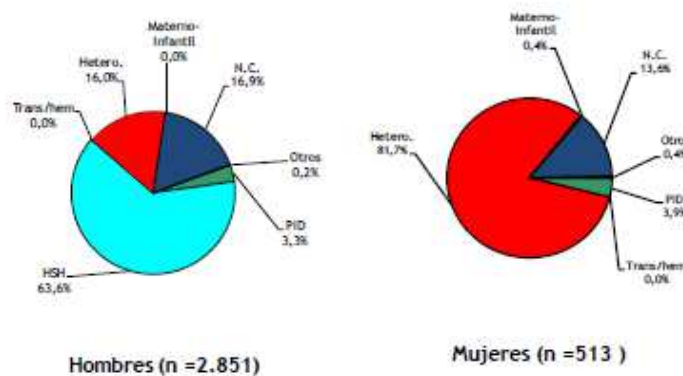
Específicamente, y en relación con **la participación de los interesados en el proceso de redacción del presente informe** debemos mencionar que se ha realizado mediante un **proceso de consulta escrita** al COAC, para que consensúe una respuesta única de la sociedad civil.



1.2 La situación de la epidemia

En cuanto a los nuevos diagnósticos de VIH, que en el año 2014 alcanzaron la cifra de 3366 nuevos casos notificados por 19 Comunidades y Ciudades Autónomas que representan el 100% de la población española. El 80% de los nuevos diagnósticos tuvieron su origen en la transmisión sexual. De estos, un 54% se produjo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, un 26% en heterosexuales y un 3,4% en personas que se inyectan drogas (PID). Además, los nuevos diagnósticos atribuidos a transmisión materno-infantil continúan descendiendo, siendo este año el 0,1% de los casos, si bien la transmisión se produjo en otros países.

Nuevos diagnósticos de VIH. Modo de transmisión y sexo.
España, año 2014. Datos no corregidos por retraso de notificación.



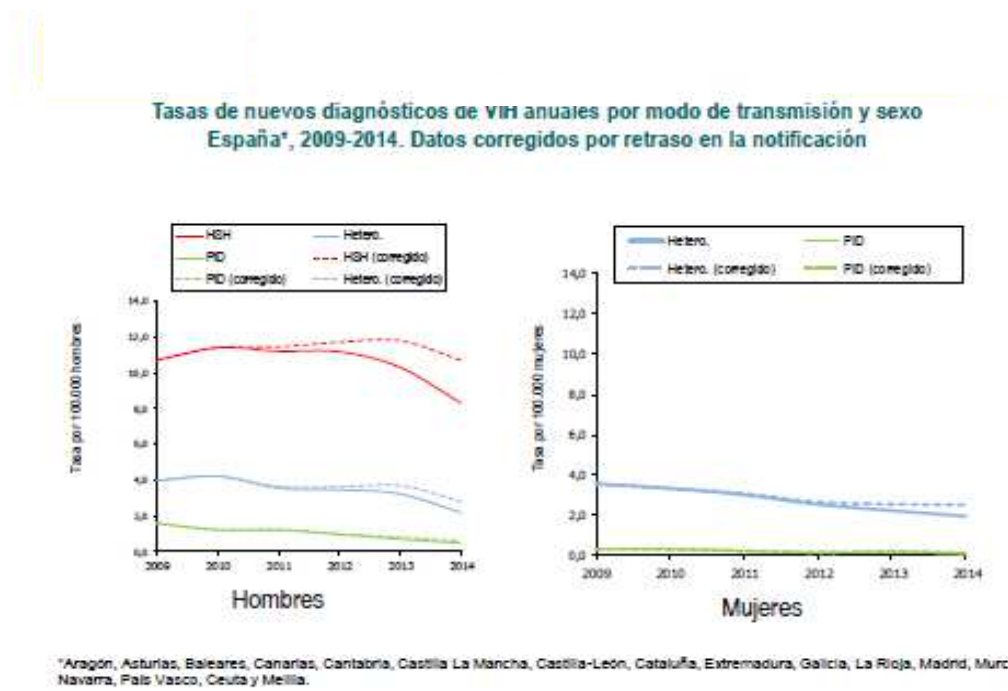
La Tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH se mide con los datos aportados por 15 Comunidades Autónomas que han notificado sus casos de forma consistente desde el año 2009, en ellos observamos un descenso progresivo del porcentaje que suponen las mujeres, desde el 19,7% en 2009 al 15,6% en 2014. Las tasas de nuevos diagnósticos en hombres fueron muy superiores a las de las mujeres en todo el periodo y, mientras que en estas últimas la tendencia es claramente descendente, en los hombres no muestra cambios significativos.

El porcentaje de nuevos diagnósticos en HSH ascendió del 47,5% en 2009 al 55,2% en 2014, mientras que en heterosexuales y PID, tanto hombres como mujeres, disminuyó.

Esto hace que se aprecien diferentes tendencias en los nuevos diagnósticos según el modo de transmisión. Así, en el grupo de PID se observa un descenso progresivo en las tasas por 100.000 de habitantes durante el periodo. En el caso de la transmisión heterosexual también se observa una tendencia descendente a nivel global, a costa de un decremento en mujeres y estabilización en hombres. Las tasas de nuevos diagnósticos en HSH presentan una ligera tendencia ascendente pero esta no es estadísticamente significativa. Como resultado de estas tendencias,



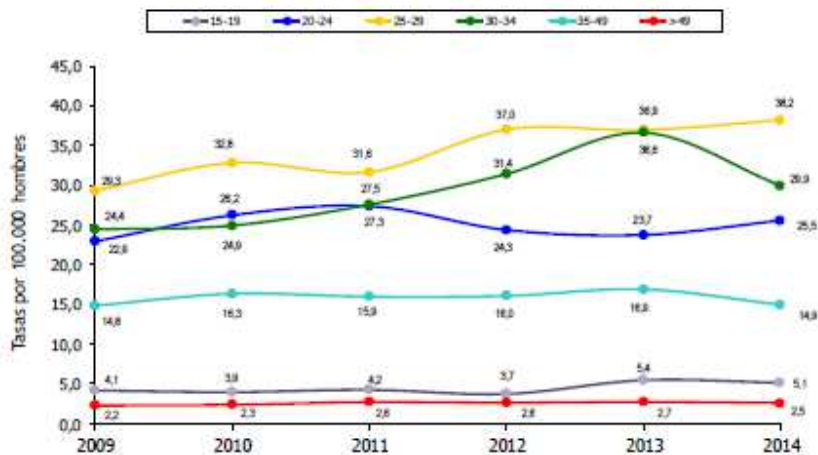
las tasas globales corregidas por retraso en la notificación parecen estar bastante estables.



Por ser la transmisión entre los HSH la mayoritaria, se calcularon también para ellos las tasas por grupo de edad durante el periodo 2009-2014. Los resultados muestran un claro incremento de las tasas de nuevos diagnósticos entre los 25 y los 29 años; para el resto de grupos de edad no se observaron cambios estadísticamente significativos



Tasas de nuevos diagnósticos de VIH en HSH, por año de diagnóstico y grupos de edad España*, 2009-2014. Datos corregidos por retraso en notificación



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

La incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en España ha aumentado desde el año 2001. En 2013 se notificaron a la Red Nacional de Vigilancia 3.315 casos de infección gonocócica y 3.723 de sífilis (tasas por 100.000 habitantes en el conjunto de la población española de 7,12 para la gonococia y 8,00 para la sífilis).

De forma similar a otros países europeos, el grupo de HSH es el más afectado. Entre 2005 y 2011, el 75% de los diagnósticos de sífilis y el 56% de los de gonococia identificada en centros de ITS de la red EPI-ITS se produjeron en HSH.

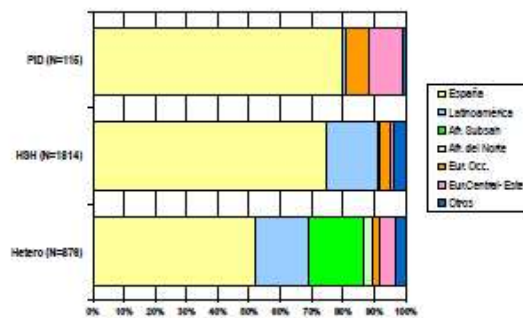
En el año 2014, el 32% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países; tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (15,1%). Cabe destacar que, en el caso de las mujeres, más del 50% de los nuevos diagnósticos eran inmigrantes.

El porcentaje de personas diagnosticadas cuyo país de origen no es España aumentó de forma progresiva en la primera mitad de la década del 2000, pero las cifras se estabilizaron en la segunda mitad y a partir de 2011 descienden. Analizando los datos por zona de origen, los sub-Saharianos descienden claramente en el periodo, mientras que el porcentaje de latinoamericanos se incrementa hasta 2010, y a partir de entonces disminuye.



Al comparar las distintas regiones de origen, se observa que en los casos procedentes de Europa Occidental y Latinoamérica, al igual que en españoles, la transmisión entre HSH es la predominante (56,6%, 57,1% y 59,4% respectivamente). En los subsaharianos, en cambio, el 82,7% adquirió la infección a través de la transmisión heterosexual, frente al 19,9% que representa en españoles.

Nuevos diagnósticos de VIH
Distribución por zona geográfica de origen según modo de transmisión.
España, año 2014. Datos no corregidos por retraso de notificación.



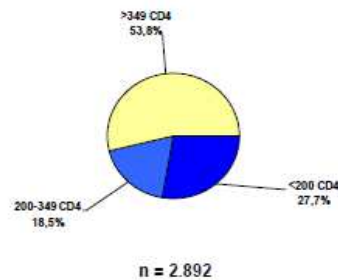
PID: Personas que se inyectan drogas; HSH: Homos que tienen relaciones sexuales con hombres; N.C.: No consta información

Analizando por los distintos modos de transmisión, se advierte que los españoles son mayoritarios en todos ellos. Sin embargo, en la transmisión heterosexual, el 48,1% son inmigrantes, principalmente de origen latinoamericano y subsahariano. También el porcentaje de inmigrantes es alto entre los diagnósticos en HSH: tras los españoles (74,9%), destacaron los originarios de Latinoamérica (16%).

Se estima que en España hay entre 130-160.000 personas con VIH de las que alrededor del 25% no saben que están infectadas. El 85,9% de los nuevos diagnósticos de VIH en el año 2014 disponían de información sobre la primera determinación de linfocitos CD4 realizada tras el diagnóstico. La mediana de CD4 fue de 370 (RIC: 176-379). El porcentaje de casos con Enfermedad Avanzada fue del 27,7%, y con DT de 46,2%, siendo mayor en mujeres (56,5% frente a 44,3%).

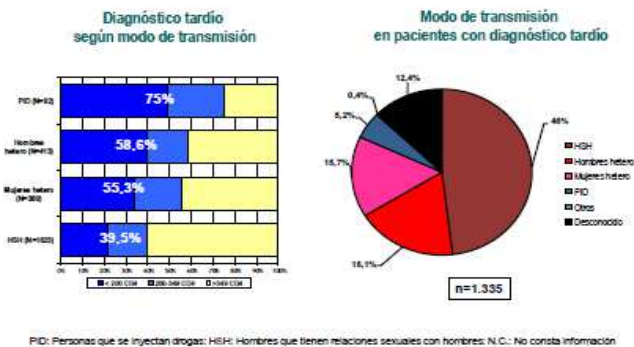


Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío
España, año 2014. Datos no corregidos por retraso de notificación.



Al ser analizado según el sexo y modo de transmisión, el DT es máximo en el grupo de PID (75%), seguido por casos de transmisión heterosexual en hombres (58,6%) y en mujeres (55,3%). Los HSH, con un 39,5%, son los que presentan menor DT; sin embargo, dado el peso que tienen en las cifras globales, son el grupo más numeroso entre los casos de VIH con diagnóstico tardío (48% del total). El DT aumenta también con la edad, pasando de un 30,5% en los casos de 20 a 24 años, hasta un 66,1% en los mayores de 49 años.

Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío
España, año 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación.



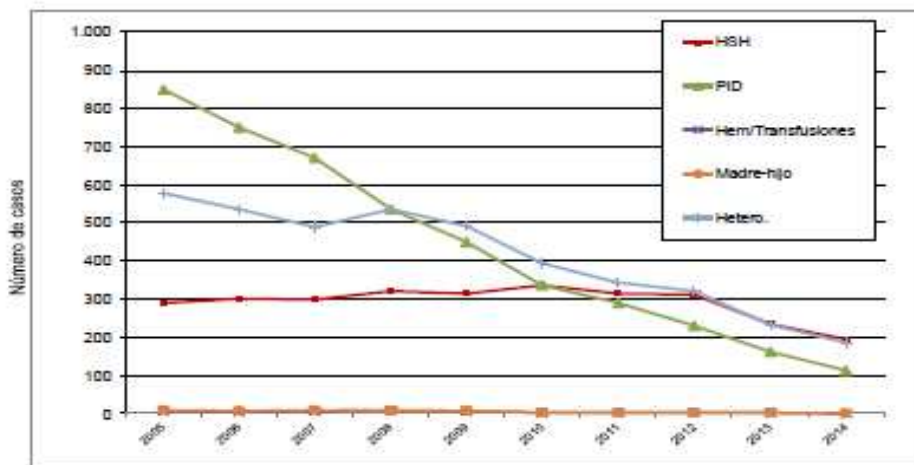
El aumento en la supervivencia de las personas afectadas por VIH, ha conllevado un cambio en su patrón de morbilidad-mortalidad. Se reduce la morbilidad asociada al VIH y aumentan de forma competitiva otras patologías, en particular las afecciones hepáticas crónicas y otras relacionadas con el envejecimiento.

Hasta el 31 de junio de 2015 se ha recibido la notificación de 444 casos diagnosticados en 2014. Tras corregir por retraso en la notificación, se estima que en dicho año se diagnosticaron en España 557 casos de sida. El 79,3% de los diagnósticos eran hombres. La mediana de edad fue de 43 años (RIC: 35-50), siendo similar en hombres y mujeres.



El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales ascienden al 33,3%; aunque dicha transmisión, en números absolutos, sigue afectando más hombres que a mujeres, entre las últimas adquiere especial relevancia al representar el 73,9% de los diagnósticos de sida. La transmisión entre HSH supone el 34,9% de todos los casos y el 44% de los que afectan a hombres. El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2014 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas descendió al 20,5%.

Casos de sida en España* por modo de transmisión.
Periodo 2005-2014. Registro Nacional de Sida. Datos corregidos por retraso en la notificación

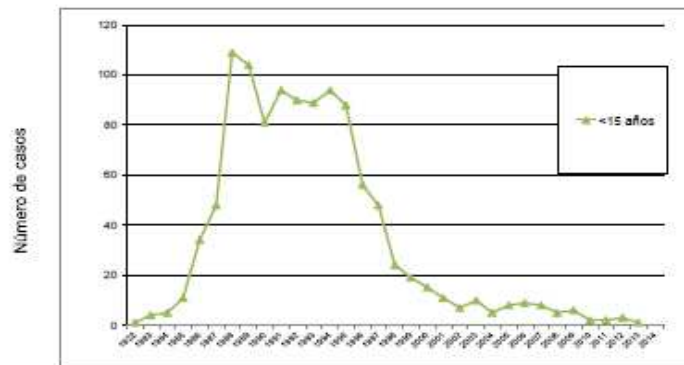


* Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de Andalucía desde el año 2013 ni de la C. Valenciana desde el 2014

En 2014 no se ha notificado ningún caso de sida pediátrico (en menores de 15 años).



Casos de sida pediátricos (< de 15 años) en España*
Registro Nacional de Sida. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

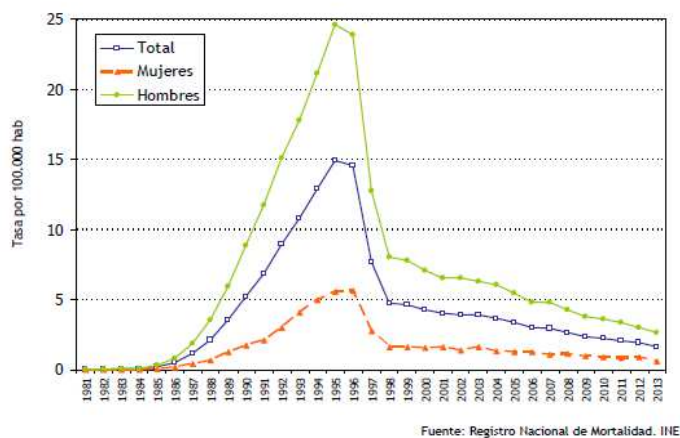


* Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de Andalucía desde el año 2013 ni de la C. Valenciana desde el 2014

Según la Estadística de Mortalidad por Causas, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2013 se produjeron en España un total de 390.419 fallecimientos, de los cuales 750 (1,9 por 1.000) fueron por VIH/sida. De éstos, 604 (80,5%) se produjeron en hombres y 146 (19,5%) en mujeres. La tasa de mortalidad global por VIH/sida fue de 1,61 por 100.000 habitantes. La edad media de los fallecidos por VIH/sida fue de 49,4 años (DE: 9,7), siendo superior en hombres (49,9 años; DE: 9,8) que en las mujeres (47,4; DE: 9,4) ($p < 0.05$).

Según grupos de edad, el mayor número de defunciones, 220 (29,3% del total de fallecidos), se registró en el grupo de 45-49 años, seguido del grupo de 50-54 años con 164 defunciones (21,9% del total). Este patrón se repite tanto en hombres como en mujeres.

Tasas de mortalidad por VIH/sida total y por sexos, 1981-2013





CONCLUSIONES

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

El sistema de notificación de nuevos diagnósticos de VIH alcanzó el 100% de la cobertura nacional en el año 2013.

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

Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres ocupan el primer lugar en cuanto al mecanismo probable de infección en el conjunto global de datos. También son mayoría entre las personas nacidas en España y entre los varones, sean españoles o extranjeros. Por ello, el colectivo de HSH es prioritario para los programas de prevención, especialmente el grupo entre 25 y 34 años donde las tasas son más elevadas.

En consonancia con el aumento de población inmigrante que ocurrió en España, las personas de otros países suponen casi un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH, aunque parece que su repercusión en las cifras totales, desciende desde 2011. Por tanto, es necesario diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable.

En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos. Sin embargo, casi el 50% de las personas diagnosticadas de infección por primera vez en 2014 presentaba diagnóstico tardío. Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible.

Durante el periodo 2009-2014 el diagnóstico tardío no ha disminuido en ningún modo de transmisión, aunque las cifras en HSH son mucho menores que en el resto.

La tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2009-2014 varía según el modo de transmisión. La tendencia es descendente en PID y también en la transmisión heterosexual, aunque menos marcada en este caso y solo en las mujeres; se mantiene estable en los HSH, debido a un incremento entre los españoles y una estabilización de las tasas en inmigrantes. Como resultado de todo ello las tasas globales se mantienen estables.



Respecto a los nuevos casos de sida, la información aportada por el Registro Nacional indica que, tras casi dos décadas de tratamiento antirretroviral eficaz la reducción de la incidencia de sida en España ha sido enorme. No obstante, este descenso, inicialmente espectacular, se ha ido ralentizado en los últimos años.

1.3 La respuesta política y programática

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

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

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

- **El mejor conocimiento científico disponible:** Las estrategias e intervenciones presentes en el Plan están basadas en estudios científicos de calidad, probada efectividad y la mejor evidencia científica.
- **Adecuación estratégica:** Las estrategias son coherentes con los objetivos que se persigue alcanzar, en función de los recursos disponibles y las fortalezas de la estructura organizativa, en convergencia con las estrategias internacionales.
- **Pertinencia:** Los objetivos del Plan se corresponden con las necesidades y características de la población a la que se dirigen, atendiendo a la magnitud de los problemas de salud que se pretenden corregir, justificando su necesidad y según los criterios de proporcionalidad, eficiencia y sostenibilidad.
- **Eficiencia:** Deben conseguirse los objetivos marcados optimizando la utilización de los recursos existentes y aplicando herramientas de calidad.
- **Equidad y perspectiva de género:** Supone considerar el papel desempeñado por los determinantes sociales de la salud, sin importar las diferencias culturales, sociales o de género que presentan entre sí. En lo referente al género se han tenido en cuenta las desigualdades entre hombres y mujeres, y este enfoque ha orientado tanto la definición de los



objetivos, como la elaboración de recomendaciones y el diseño de los indicadores del Plan.

- **Participación:** Conlleva la incorporación de todos los agentes implicados en la respuesta a la epidemia, de forma interdisciplinar y vinculada con estrategias afines.
- **Integralidad:** Las actuaciones abordarán las necesidades detectadas desde un enfoque integral, bio-psico-social, priorizando y coordinando todas las políticas y actividades.
- **Evaluación:** Deben evaluarse las iniciativas y acciones propuestas, a través de la medida del impacto de las intervenciones, de los resultados obtenidos y de su repercusión en la salud a largo plazo

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

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

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

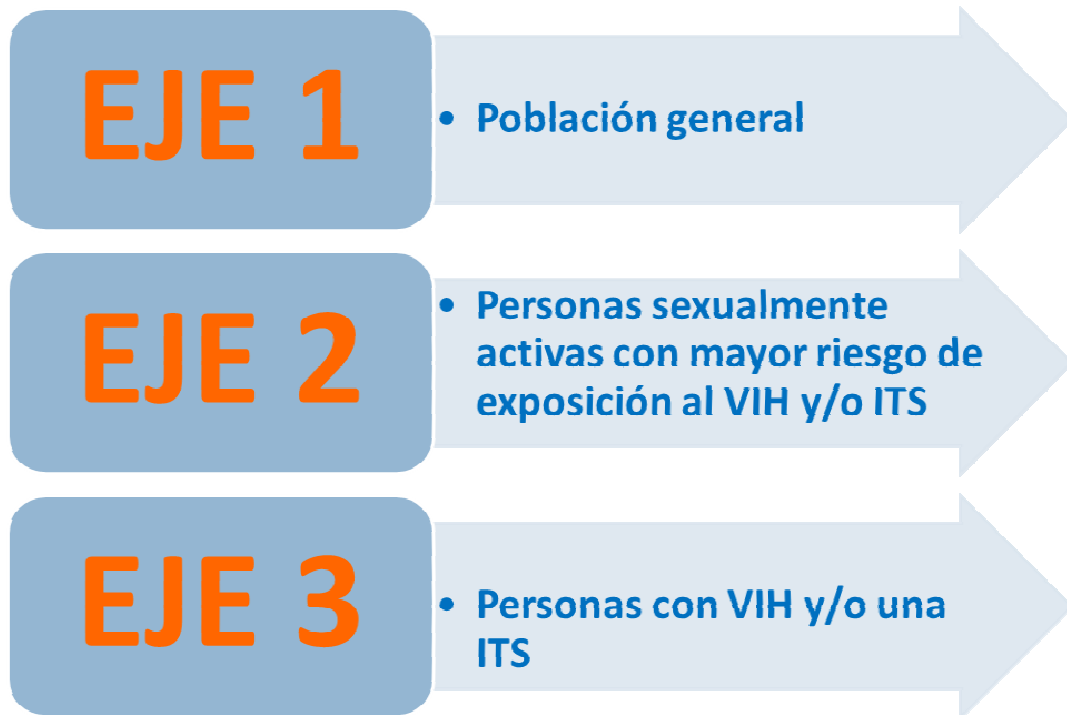
Finalmente, dentro del principio de multisectorialidad destacar la *colaboración* entre *organizaciones no gubernamentales*, que asegura calidad, eficiencia y equidad, y la adecuada participación ciudadana y *las sociedades científicas*.

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



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

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





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

Este Plan se ha ido implementando mediante la elaboración de Planes de Acción, en el que se han priorizado las más de 60 recomendaciones de acción que incluye.

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



1.4 Indicadores (Tabla General)

<p>1. Reducción de la transmisión sexual del VIH del 50% para el 2015</p> <p>2. Reducción de la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas del 50% para 2015</p> <p>Población general</p>	<p>1.1. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 15 y 24 años que identifican correctamente cómo se previene la transmisión sexual del VIH</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Todas/os</th> <th>Hombres (todas las edades)</th> <th>Hombres 15-19</th> <th>Hombres 20-24</th> <th>Mujeres (todas las edades)</th> <th>Mujeres 15-19</th> <th>Mujeres 20-24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>96,1</td> <td>96,5</td> <td>97</td> <td>96,3</td> <td>95,6</td> <td>94,2</td> <td>95,3</td> </tr> </tbody> </table> <p>* La edad de referencia no es la misma que la planteada en la pregunta (18 a 29 años de edad) * Los rangos de edad de las respuestas son: 18-19 años y 20-24 años, en lugar de 15-19 años y 20-24 años. * No se dispone de información de las 5 preguntas planteadas y de las que se dispone información, no son idénticas: - El % que figura en la pregunta 2 corresponde al "Porcentaje de hombres y de mujeres de 18 a 29 años de edad que sabe que el uso del preservativo masculino es una medida eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH". - El % que figura en la pregunta 4 corresponde al "Porcentaje de hombres y mujeres de 18 a 29 años que cree que se puede transmitir por picadura de mosquito". - El % que figura en la pregunta 5 corresponde al "Porcentaje de hombres y mujeres de 18 a 29 años que cree que se puede transmitir por beber del vaso de una persona infectada". Los rangos de edad son: 18-19 años y 20-24 años, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.</p> <p>Fuente: Encuesta Poblacional de Salud y Hábitos Sexuales, probabilística decenal de ámbito nacional. Muestra de la Población General (18-49 años):10.980. Muestra de Jóvenes (18-29 años): 4.135</p>	Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	96,1	96,5	97	96,3	95,6	94,2	95,3													
	Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24																					
96,1	96,5	97	96,3	95,6	94,2	95,3																						
<p>1.1. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 15 y 24 años que rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH</p> <p>¿Se puede contraer el VIH por picaduras de mosquito?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Todas/os</th> <th>Hombres (todas las edades)</th> <th>Hombres 15-19</th> <th>Hombres 20-24</th> <th>Mujeres (todas las edades)</th> <th>Mujeres 15-19</th> <th>Mujeres 20-24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17,2</td> <td>18</td> <td>17,3</td> <td>18,8</td> <td>16,3</td> <td>17,4</td> <td>15,1</td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Se puede contraer el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Todas/os</th> <th>Hombres (todas las edades)</th> <th>Hombres 15-19</th> <th>Hombres 20-24</th> <th>Mujeres (todas las edades)</th> <th>Mujeres 15-19</th> <th>Mujeres 20-24</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8,3</td> <td>8,8</td> <td>11,3</td> <td>9,7</td> <td>7,7</td> <td>8,9</td> <td>7,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observaciones y fuente igual que el anterior.</p>	Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	17,2	18	17,3	18,8	16,3	17,4	15,1	Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24	8,3	8,8	11,3	9,7	7,7	8,9	7,4
Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24																						
17,2	18	17,3	18,8	16,3	17,4	15,1																						
Todas/os	Hombres (todas las edades)	Hombres 15-19	Hombres 20-24	Mujeres (todas las edades)	Mujeres 15-19	Mujeres 20-24																						
8,3	8,8	11,3	9,7	7,7	8,9	7,4																						
	<p>1.2. Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de entre 15 y 24 años que han mantenido relaciones sexuales antes de los 15</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Varones (todas las edades)</th> <th>Mujeres (todas las edades)</th> <th>Jóvenes 15-19</th> <th>Jóvenes 20-24</th> <th>Jóvenes 25-29</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8%</td> <td>7,7%</td> <td>17,6%</td> <td>7,7%</td> <td>4,6%</td> </tr> </tbody> </table>	Varones (todas las edades)	Mujeres (todas las edades)	Jóvenes 15-19	Jóvenes 20-24	Jóvenes 25-29	8%	7,7%	17,6%	7,7%	4,6%																	
Varones (todas las edades)	Mujeres (todas las edades)	Jóvenes 15-19	Jóvenes 20-24	Jóvenes 25-29																								
8%	7,7%	17,6%	7,7%	4,6%																								



La pregunta que se empleó en el estudio no se ajusta exactamente a la empleada en el indicador, fue: “¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual completa?”
Los rangos de edad son: 15-19 años, 20-24 años y 25-29, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.
La base muestral de partida es la población juvenil de cada Comunidad Autónoma, con distribución proporcional según las provincias que la componen.
Fuente. Encuesta. Informe Juventud en España 2012. Desde 09/06/2011 al 11/07/211

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

Todas/os	Hombres 15-18	Mujeres 15-18	Jóvenes 15-16	Jóvenes 17-18
2,29%	2,57%	2,00%	2,22	2,32
N= 3894	N= 1988	N= 1905	N= 1086	N= 2808

La pregunta que se empleó en el estudio, fue: “¿Número medio de personas con quienes ha mantenido relaciones sexuales coitales por sexo y edad?”
Los rangos de edad son: 15-16 años y 17-18 años, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.
La edad media de la primera relación sexual completa fue de 14,88 años
Fuente. Estudio Health Behaviour in School-aged Children, HBSC 2014. Desde la fecha 01/03/2014 al 31/05/214

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

	Todas/os 15-29	Hombres (todas las edades)	Mujeres (todas las edades)	Jóvenes 15-19	Jóvenes 20-24	Jóvenes 25-29
Utiliza siempre el preservativo	59,5%	61,6%	57,5%	71,7%	61,2%	53,1%
No alguna vez no lo hemos utilizado/nunca		37,7%	39,6%	25,3%	35,7%	44,4%

La pregunta que se empleó en el estudio, fue: “¿Se te ha dado la situación de que alguna relación sexual de los últimos 12 meses no hayáis utilizado el preservativo?”
Los rangos de edad son: 15-19 años, 20-24 años y 25-29, en lugar de 15-19 años y 20-24 años.
Las respuestas a la pregunta se muestran únicamente con porcentajes.
La base muestral de partida es la población juvenil de cada Comunidad Autónoma, con distribución proporcional según las provincias que la componen
Fuente. Encuesta. Informe Juventud en España 2012. Desde 09/06/2011 al 11/07/211



1.5. Personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico

	Todo	Hombres (todas las edades)	Hombres (0-14)	Hombres (15-49)	Hombres (50+)	Mujeres (todas las edades)	Mujeres (0-14)	Mujeres (15-49)	Mujeres (50+)
Porcentaje (%) : Porcentaje de personas seropositivas que conocen su estado serológico									
A : Número total de personas que viven con el VIH diagnosticado	119369								
B : Número acumulativo de muertes entre personas con el VIH	56829								
Numerador (A-B) : Número total de personas que viven y conocen su estado serológico	62540								
Denominador : Número estimado de personas que viven con el VIH (por ejemplo, extraído de Spectrum)									

Tomar el denominador del archivo final de Spectrum: Sí



1.6. Prevalencia de VIH en clínicas de atención prenatal por grupos de edad

	Todo	Hombres (todas las edades)	Hombres (0-14)	Hombres (15-49)	Hombres (50+)	Mujeres (todas las edades)	Mujeres (0-14)	Mujeres (15-49)	Mujeres (50+)
Porcentaje (%) : Porcentaje de personas seropositivas que conocen su estado serológico									
A : Número total de personas que viven con el VIH diagnosticado	119369								
B : Número cumulativo de muertes entre personas con el VIH	56829								
Numerador (A-B) : Número total de personas que viven y conocen su estado serológico	62540								
Denominador : Número estimado de personas que viven con el VIH (por ejemplo, extraído de Spectrum)									

Tomar el denominador del archivo final de Spectrum: Sí



1.20 Tasa de incidencia de VIH

	Todo	Hombres (todas las edades)	Hombres (0-14)	Hombres (15-49)	Hombres (50+)	Mujeres (todas las edades)	Mujeres (0-14)	Mujeres (15-49)	Mujeres (50+)
Porcentaje (%) : Porcentaje de personas seropositivas que conocen su estado serológico									
A : Número total de personas que viven con el VIH diagnosticado	119369								
B : Número acumulativo de muertes entre personas con el VIH	56829								
Numerador (A-B) : Número total de personas que viven y conocen su estado serológico	62540								
Denominador : Número estimado de personas que viven con el VIH (por ejemplo, extraído de Spectrum)									

Tomar el denominador del archivo final de Spectrum: Sí

Estimación sobre el tamaño de las poblaciones clave

2.1 Estimaciones de población

- **Profesionales del sexo:**
- **Hombres que tienen sexo con hombres:** 890235 (Población de hombres. Porcentaje 3,9 de HSH que declaran ser homosexuales en la encuesta poblacional de salud y hábitos sexuales 2003)
- **Usuarios de drogas inyectables:** 9879 (Observatorio de las Drogas y Toxicomanías)
- **Personas transgénero:**
- **Reclusos/Detenidos:** 55416 (Población media en último año. Ministerio del Interior)

Profesionales del sexo

2.2 Porcentaje de personas que ejercen la prostitución que dijeron que habían usado el preservativo con su último cliente

No disponemos de nuevos datos

2.3 Pruebas del VIH entre los profesionales del sexo

No disponemos de nuevos datos



2.4 La prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo

	Todo	Hombres	Mujeres	Transgénero	< 25	25+
Porcentaje (%) Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	2	16.4	0.4	20	2.2	2
Numerador Número de profesionales del sexo cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo	21	11	4	6	5	16
Denominador: Números de profesionales del sexo que se realizó la prueba del VIH	1029	67	932	30	226	803

Datos referidos a 2013, últimos datos disponibles Estudio descriptivo transversal. Ámbito 15 centros especializados en diagnóstico del VIH. Pacientes que se realizaron de forma voluntaria la prueba del VIH durante el periodo de estudio en alguno de los centros participantes, bien por solicitud expresa o por recomendación del profesional sanitario que los atendió y en los que se confirmó la presencia de anticuerpos anti-VIH. La información se recogió en un cuestionario diseñado al efecto

Fuente: Estudio Epi-VIH. Vigilancia centinela del VIH realizada en 15 centros de VIH/ITS repartidos por las principales ciudades españolas

Hombres que tienen sexo con hombres

2.5 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: Uso del preservativo

Se observó que de los HSH que mantuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses la proporción que no usaron preservativos entre los VIH + por prácticas homo-bisexuales fue del 16%.

Número de entrevistados en la encuesta: 801

Fuente: Encuesta hospitalari9a de pacientes con VIH/Sida. Resultados 2014.

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

No disponemos de nuevos datos

2.7 Prevalencia del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres

	Todo	< 25	25+
Porcentaje (%) Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	11.3	7.2	12.6
Numerador Número de profesionales del sexo cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo	300	46	254
Denominador: Números de profesionales del sexo que se realizó la prueba del VIH	2663	641	2020

Fuente: Estudio EPI-VIH 2013. Vigilancia centinela del VIH realizada en 15 dentro de VIH/ITS repartidos por las principales ciudades españolas



**Usuarios de
drogas inyectables**

2.8 Agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables

	Total
Proporción: Numero de agujas y jeringas distribuidas por usuario de drogas inyectables por año y por programa de agujas y jeringas	230.7
Numerador: Numero de agujas y jeringas distribuidas en los últimos 12 meses por los Planes Estratégicos Nacionales	2278894
Denominador: Número de usuarios de drogas inyectables en el país	9879

Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías

2.9 Personas que se inyectan drogas: uso del preservativo

	Todo	Hombres	Mujeres	Transgénero	< 25	25+
Porcentaje (%) Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que afirman haber usado preservativo en su última relación sexual	40.9					
Numerador Número de usuarios de drogas inyectables que afirmaron haber utilizado el preservativo en su última relación sexual	1067					
Denominador: Número de usuarios de drogas inyectables que afirman haberse inyectado drogas y manteniendo relaciones sexuales el último mes	2610					

Fuente: Encuesta estatal a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína 2003-2004

Tamaño muestral: 2610 pacientes admitidos tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de heroína o cocaína en todas las CCAA excepto País Vasco y Navarra. Se aplicó un cuestionario precodificado mediante encuesta cara a cara, la entrevista fue realizada a los 30 días del inicio del tratamiento.

2.10 Prácticas de inyección seguras

No disponemos de nuevos datos

2.11 Las pruebas del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

No disponemos de nuevos datos

2.12 Prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables

	Todo	Hombres	Mujeres	Transgénero	< 25	25+
Porcentaje (%) Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	2.3	1.9	3	0	0	3.1
Numerador Número de usuarios de drogas inyectables cuyo resultado en la prueba del VIH fue positivo	2	1	1	0	0	2
Denominador: Números de usuarios de drogas inyectables que se realizó la prueba del VIH	86	53	33	0	21	65



Fuente: Estudio EPI-VIH 2013. Vigilancia centinela del VIH realizada en 15 dentro de VIH/ITS repartidos por las principales ciudades españolas.

2.13 Cobertura de la terapia de sustitución de opiáceos

	Todo	Hombres	Mujeres	Transgénero	< 25	25+
Porcentaje (%) Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que reciben terapia de sustitución de opiáceos	17.1					
Numerador Número de de usuarios de drogas inyectables que reciben terapia de sustitución de opiáceos en un momento determinado	1689					
Denominador: Números de personas que tiene dependencia de los opiáceos que usan drogas inyectables en el país	9879					

Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2015.

Reclusos/detenidos

2.14 Prevalencia de VIH entre Reclusos/ Detenidos

	Todo	Hombres	Mujeres	Transgénero	<25	25+
Porcentaje (%) : Porcentaje de reclusos/detenidos que viven con el VIH	5.4	5.5	4.4			
Numerador : Número de reclusos/detenidos con resultado positivo en las pruebas del VIH	2992	2800	192			
Denominador : Número de reclusos/detenidos que se realizaron las pruebas del VIH	55416	51060	4356			

Fuente. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Prisiones. Obtenido a partir de dos cortes transversales que se realizan cada año en los meses de mayo y octubre.

Personas Transgénero

2.15 Prevalencia del VIH entre las Personas Transgénero

Tamaño de la muestra - Número de entrevistados en la encuesta: 45

	Todo	hombres transgénero	mujeres transgénero	otro	<25	25+
Porcentaje (%) : Porcentaje de personas transgénero que viven con el VIH	13.3				16.7	12.8
Numerador : Número de personas transgénero con resultado positivo en las pruebas del VIH	6				1	5
Denominador : Número de personas transgénero que se realizaron las pruebas del VIH	45				6	39



Fuente: Estudio EPI-VIH 2013. Vigilancia centinela del VIH realizada en 15 dentro de VIH/ITS repartidos por las principales ciudades españolas.

3. Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente las muertes maternas relacionadas con el sida

3.1. Prevención de la Transmisión materno-infantil

	Valor de datos
Porcentaje (%) : Porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibió antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil	100
Numerador : Número de mujeres seropositivas que dieron a luz y recibieron medicamentos antirretrovíricos durante los últimos 12 meses para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil durante el embarazo y el parto	100
1. Iniciaron de la terapia antirretrovírica durante el embarazo	0
2. Ya seguían la terapia antirretrovírica antes del embarazo actual	100
3. Profilaxis antirretrovírica triple para la madre (componente profiláctico de Opción B de la OMS)	0
4. AZT para la madre (componente profiláctico durante el embarazo y el parto de la Opción A de la OMS o directrices de la OMS de 2006)	0
5. Monodosis de Nevirapina, únicamente (con o sin cola) Nótese que el valor final publicado para la cobertura de la prevención materno-infantil no incluye monodosis de nevirapina. Sin embargo, estos datos se recopilan en la herramienta de presentación de informes durante el período de retirada progresiva.	0
6. Otras (comente: por ejemplo, régimen específico, sin categorizar, etc.) En el cuadro de Comentario, para las mujeres que reciban "Otro" régimen, describa el régimen antirretrovírico y el número de mujeres que recibe cada categoría de dichos regímenes.	100
Si no existen datos desglosados para 1 y 2, facilite el número total de mujeres embarazadas que siguen un tratamiento antirretrovírico de por vida	
Denominador : Número estimado de mujeres embarazadas con VIH que dieron a luz en los últimos 12 meses	100

Fuente: Guía de Práctica clínica de Atención en el Embarazo y el Puerperio 2014.

3.2. Diagnóstico infantil precoz: Porcentaje de hijos de madres seropositivas que recibieron una prueba virológica del VIH en sus dos primeros meses de vida

No disponemos de nuevos datos

3.3. Tasa de transmisión materno-infantil (modelado)

	Valor de datos
Porcentaje (%) : Porcentaje estimado de infecciones por el VIH en niños que nacieron en los últimos 12 meses de madres seropositivas	0
Numerador : Número estimado de nuevas infecciones por el VIH en niños como consecuencia de la transmisión materno-infantil entre los que nacieron en los últimos 12 meses de madres seropositivas.	0
Denominador : Número estimado de mujeres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses	100

Tomar los datos del archivo final de Spectrum: Sí

Fuente: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos del VIH SINIVIH. Junio 2015



3.3 a Transmisión materno-infantil del VIH en los programas

	Valor de datos
Porcentaje (%) : Porcentaje registrado de nuevas infecciones por el VIH en niños que nacieron en los últimos 12 meses de madres seropositivas * 0 un periodo diferente para el que disponga de datos. Especificuelo en el periodo en que se recogieron los datos.	0
Numerador : Número notificado de niños que nacen, en un año determinado, de madres seropositivas y reciben un diagnóstico seropositivo.	0
Denominador : Número notificado de niños que nacen de madres seropositivas dentro de un año determinado y reciben un diagnóstico definitivo (suma de seropositivos y seronegativos).	100

Fuente: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos del VIH SINIVIH. Junio 2015

Información adicional

	Valor de datos
Niños con resultado negativo en las pruebas del VIH	100
Niños que no recibieron un diagnóstico definitivo	0
Número total de niños expuestos al VIH durante el año natural	100

3.4 Cobertura de las pruebas de PTMI

No hay datos nuevos disponibles

3.5 Cobertura de las pruebas para parejas de mujeres embarazadas

No hay datos nuevos disponibles

3.7 Cobertura de la profilaxis antirretroviral infantil

	Valor de datos
Porcentaje (%) : Porcentaje de niños expuestos al VIH que iniciaron la profilaxis antirretrovírica	100
Numerador : Número de niños expuestos al VIH que nacieron en los últimos 12 meses y que comenzaron la profilaxis antirretrovírica al nacer	100
Denominador basado en la población : número de madres seropositivas que dieron a luz en los últimos 12 meses	100
Denominador basado en el programa : número de mujeres seropositivas que dieron a luz en el centro en los últimos 12 meses	100

Fuente: Registro nacional de partos en VIH-Cohorte CoRIS. Corte multicéntrica de sujetos naïve VIH + reclutados en 28 centros españoles desde el 2004.

3.9 Cobertura de la profilaxis con cotrimoxazol

No pertinente en nuestro medio



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

4.1. Porcentaje de adultos y niños que reciben tratamiento antirretrovirico de entre todos los adultos y niños que bien con el VIH

	Total	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido
Porcentaje (%) : Porcentaje de adultos y niños que recibe tratamiento antirretrovirico de entre todos los adultos y niños que viven con el VIH	73.7			
Numerador : Número de adultos y niños que reciben tratamiento antirretrovirico al final del periodo de notificación.	110000	75 %	25 %	
Denominador 1 : Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH. Los criterios nacionales sobre la elegibilidad para recibir tratamiento antirretrovirico varian de unos países a otros. Para que este indicador sea comparable entre países, los informes mundiales presentarán la cobertura del tratamiento antirretrovirico para adultos y niños como un porcentaje de todas las personas que viven con el VIH.	150000			
Denominador 2 : Número estimado de adultos y niños elegibles (utilizando los criterios nacionales de elegibilidad)				
Número : Número de adultos y niños que han iniciado por primera vez el tratamiento antirretrovirico durante el último año de presentación de informes				

Fuente: Registro de paciente que reciben terapia antirretroviral.



4.2. Retención en terapia antirretrovírica 12 meses después de comenzar el tratamiento

	Total	Hombres	Mujeres	<15	15+	Estado de embarazo al iniciar la terapia	Estado de lactancia al iniciar la terapia
Porcentaje (%) : Porcentaje de adultos y niños seropositivos que se sabe que siguen el tratamiento antirretrovírico 12 meses después de iniciarlo	99						
Numerador : Número de adultos y niños que siguen con vida y en tratamiento antirretrovírico 12 meses después de iniciarlo	700						
Denominador : Número total de adultos y niños que iniciaron el tratamiento antirretrovírico y que se espera que reciban resultados anuales dentro del periodo de presentación de informes, incluidos aquellos que han fallecido desde el inicio del tratamiento antirretrovírico, aquellos que abandonaron el tratamiento y aquellos cuyo seguimiento se perdió a partir del mes 12.	5621						

Fuente: Registro de pacientes que reciben terapia antirretrovírica

4.2.a Retención en terapia antirretrovírica 24 meses después de comenzar el tratamiento

4.2.b Retención en terapia antirretrovírica 60 meses después de comenzar el tratamiento

No disponemos de nuevos datos en los apartados a y b.



4.3 Cobertura de la atención para el VIH

	Total	Hombres	Mujeres	<5	5-14	15+	Recibieron por primera vez atención en el año de notificación
Porcentaje (%) : Porcentaje de personas que reciben actualmente atención para el VIH	73						
Numerador : Número de personas registradas en la atención para el VIH en 2015, calculado tras recibir, al menos, uno de los siguientes elementos: evaluación clínica (estadificación de la OMS); recuento de CD4; carga vírica; terapia antirretrovírica administrada actualmente.	110000						
Denominador : Número estimado de adultos y niños que viven con el VIH	150000						

Fuente: Registros Hospitalarios

4.4 Desabastecimiento de medicamentos antirretrovíricos

No pertinente para nuestro entorno

4.5 Diagnóstico tardío

	Todo	Hombres	Mujeres	<15	15+
Porcentaje (%) : Porcentaje de personas seropositivas con recuento inicial de células CD4 inferior a 200 células/ μ L en 2015	27.7	26.4	34.6	0	27.7
Numerador : Número de personas seropositivas con un recuento inicial de células CD4 inferior a 200 células/ μ L en 2015.	801	646	153	0	801
Denominador : Número total de personas a las que se realizó su primer recuento de CD4 en 2015.	2892	2448	442	3	2889

Fuente: Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de VIH. Informe Junio de 2015



4.6 Supresión de la carga viral

	Total	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido
Denominador : Número de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretrovírico <i>(extraída de GARPR 4.1, no es necesario rellenarla)</i> <i>(extraída de GARPR 4.1, no es necesario rellenarla)</i>	110000	75	25	

Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH. 2014. Estimación expresada en porcentaje

	<15	15+	Edad desconocida
Denominador : Número de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretrovírico <i>(extraída de GARPR 4.1, no es necesario rellenarla)</i> <i>(extraída de GARPR 4.1, no es necesario rellenarla)</i>	400	109600	

Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH. 2014.

II. Informes basados en una encuesta relacionada con el VIH

Porcentaje total y desglosado por sexo

	Total	Hombres	Mujeres
Porcentaje (%) : Porcentaje de adultos y niños tratados con antirretrovíricos con supresión virológica en el periodo de notificación (2015)	88.4	88.5	87.6
Numerador : Número de adultos y niños tratados con antirretrovíricos en el periodo de notificación con supresión virológica (por ejemplo, ≤ 1000 copias).	642	454	176
Denominador : Número de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretrovírico	726	513	201
Tamaño de la muestra : Número de entrevistados en la encuesta	801	569	218

Desglosado por grupo etario amplio

	<15	15+
Porcentaje (%) : Porcentaje de adultos y niños tratados con antirretrovíricos con supresión virológica en el periodo de notificación (2015)	80	88.5
Numerador : Número de adultos y niños tratados con antirretrovíricos en el periodo de notificación con supresión virológica (por ejemplo, ≤ 1000 copias).	4	634
Denominador : Número de adultos y niños que reciben actualmente tratamiento antirretrovírico	5	716
Tamaño de la muestra : Número de entrevistados en la encuesta	5	789

Fuente: Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH. 2014.



	<p>4.7 Muertes relacionadas con el Sida</p> <p>Número de muertes relacionadas con el sida en 2015.</p> <table border="1" data-bbox="338 479 1513 618"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total</th> <th>Hombres</th> <th>Mujeres</th> <th>Sexo desconocido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Todas las edades</td> <td>750</td> <td>604</td> <td>146</td> <td></td> </tr> <tr> <td>< 5 años</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5-14 años</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15+ años</td> <td>750</td> <td>604</td> <td>146</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Informe de Mortalidad por el VIH/Sida 2013, a partir de la estadística de mortalidad por causas seleccionando lo códigos específicos de VIH/Sida para cada año. Instituto Nacional de Estadística.</p>		Total	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido	Todas las edades	750	604	146		< 5 años	0	0	0		5-14 años	0	0	0		15+ años	750	604	146	
	Total	Hombres	Mujeres	Sexo desconocido																						
Todas las edades	750	604	146																							
< 5 años	0	0	0																							
5-14 años	0	0	0																							
15+ años	750	604	146																							
<p>6. Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al Sida para 2015....</p>	<p>6.1. Gasto relativo al Sida: nacional y sub-nacional en sida por categorías y fuentes de financiación</p> <table border="1" data-bbox="327 766 1575 1115"> <thead> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>GASTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Administración central del Estado</td> <td>3.052.000 € (Actividades de prevención) 1.717.000 € (Programas de prevención desarrollar por ONG) 3.225.800 € (Programas IRPF a desarrollar por ONG)</td> </tr> <tr> <td>Comunidades Autónomas</td> <td>9.520.410,82€ (Programas deprevención desarrollados por OG y ONG)</td> </tr> <tr> <td>Cooperación</td> <td>No disponibles</td> </tr> <tr> <td>Investigación a nivel nacional. Ministerio de Economía e Innovación</td> <td>3.788.018,5</td> </tr> <tr> <td>Gasto en ARV</td> <td>729.317.636,51 €</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía e Innovación – Instituto de Salud Carlos III. 19 Comunidades y Ciudades Autónomas</p>	CONCEPTO	GASTO	Administración central del Estado	3.052.000 € (Actividades de prevención) 1.717.000 € (Programas de prevención desarrollar por ONG) 3.225.800 € (Programas IRPF a desarrollar por ONG)	Comunidades Autónomas	9.520.410,82€ (Programas deprevención desarrollados por OG y ONG)	Cooperación	No disponibles	Investigación a nivel nacional. Ministerio de Economía e Innovación	3.788.018,5	Gasto en ARV	729.317.636,51 €													
CONCEPTO	GASTO																									
Administración central del Estado	3.052.000 € (Actividades de prevención) 1.717.000 € (Programas de prevención desarrollar por ONG) 3.225.800 € (Programas IRPF a desarrollar por ONG)																									
Comunidades Autónomas	9.520.410,82€ (Programas deprevención desarrollados por OG y ONG)																									
Cooperación	No disponibles																									
Investigación a nivel nacional. Ministerio de Economía e Innovación	3.788.018,5																									
Gasto en ARV	729.317.636,51 €																									
<p>7. Eliminar las desigualdades de género: Prevalencia de la violencia reciente por parte de la pareja íntima</p>	<p>7.1. Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión, y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses.</p> <p>Fuente: Avance de la 5ª Macroencuesta de Violencia de Género. Muestra: mujeres de 18 años en adelante residentes en España. Ámbito nacional, excluidas Ceuta y Melilla. El informe realiza diversas extrapolaciones de datos tomando como referencia los datos de población del Padrón Municipal para realizar un acercamiento a las cifras de incidencia de la violencia de género en España de diversos colectivos de mujeres. Siguiendo las recomendaciones internacionales no se pregunta a las mujeres directamente si se sienten maltratadas sino que se les pregunta por actos concretos y muy bien definidos de cinco tipos de violencia: Física, Sexual, Psicológica de control, Psicológica emocional y Económica. La encuesta da cumplimiento a la demanda de Naciones Unidas para que en el 2015 los Estados den datos sobre 8 indicadores de Violencia contra la Mujer</p> <p>En los últimos 12 meses</p> <table border="1" data-bbox="327 1608 1085 1688"> <thead> <tr> <th>Total</th> <th>Físico o Sexual</th> <th>Física</th> <th>Sexual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10.171</td> <td>2,7%</td> <td>1,8%</td> <td>1,4%</td> </tr> </tbody> </table> <p>A lo largo de la vida</p> <table border="1" data-bbox="327 1749 1085 1843"> <thead> <tr> <th>Total</th> <th>Físico o Sexual</th> <th>Física</th> <th>Sexual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10.171</td> <td>12,5%</td> <td>10,3%</td> <td>8,1%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Observatorio para la Violencia de Género.</p>	Total	Físico o Sexual	Física	Sexual	10.171	2,7%	1,8%	1,4%	Total	Físico o Sexual	Física	Sexual	10.171	12,5%	10,3%	8,1%									
Total	Físico o Sexual	Física	Sexual																							
10.171	2,7%	1,8%	1,4%																							
Total	Físico o Sexual	Física	Sexual																							
10.171	12,5%	10,3%	8,1%																							



8. Erradicar el estigma y la discriminación

8.1. Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH.

Información adicional relacionada con la introducción de datos. Por ejemplo, referencia a la fuente primaria de datos, cuestiones metodológicas: : For this survey, the sampling frame was the population older than 16 years living in Spain. The final valid sample 1619 in 2012. This simple is representative of the Spanish population, provided a margin of error of 2.43 % for a 95.5% confidence level (CI) in a scenario of maximum dispersion. 2.ENCUESTA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN ESPAÑA 2013 CIS.3000: Ámbito Nacional. Población residente de ambos sexos de 18 años y más. Se realizaron 2.474 entrevistas en 239 municipios y 49 provincias. Muestreo polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional, y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad. Los estratos se han formado por el cruce de las 17 comunidades autónomas con el tamaño de hábitat, dividido en 7 categorías: menor o igual a 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1.000.000, y más de 1.000.000 de habitantes. Los cuestionarios se han aplicado mediante entrevista personal en los domicilios. Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas), y P = Q, el error real es de $\pm 2,0\%$ para el conjunto de la muestra y en el supuesto de muestreo aleatorio simple. Fecha de realización: Del 20 de septiembre al 2 de octubre de 2013.

Datos relacionados con este tema que no se ajustan a las células de indicadores. Especifique la metodología y la referencia a la fuente primaria de datos: 1.-Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012: Porcentaje de personas que refieren incomodidad hacia las personas con VIH en distintos entornos: colegio 49,20%, comercio habitual 38,70% y trabajo 25,80%. Porcentaje de personas que evitarían a una persona con VIH con distintos entorno: colegio 34,50%, comercio habitual 49,10% y trabajo 23,70%. 2.ENCUESTA SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN EN ESPAÑA 2013 CIS.3000: El 11,4% de las personas encuestadas se manifiesta incomoda (algo, bastante o mucho) ante la vecindad de una persona con VIH. En el caso de que una persona con VIH trabaje en una ofician donde hay más personas trabajando el 6,8% refiere estar en desacuerdo hasta cierto punto y el 4,7% lo desaprueba por completo.

10. Fortalecer la integración del VIH

10.2. Apoyo económico externo a los hogares más pobres: Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses.

Indicador no pertinente para nuestro entorno

5. Reducción de las muertes por tuberculosis entre las personas con VIH en un 50% para el 2015

11.1 Gestión conjunta del tratamiento de la tuberculosis y el VIH

	Total	Hombres	Mujeres	<15	15+
Numerador : Número de adultos y niños con infección por el VIH que recibieron terapia de combinación de acuerdo con el protocolo de tratamiento aprobado en el país (o los estándares de OMS/ONUSIDA) y que comenzaron el tratamiento para la tuberculosis (con arreglo a las directrices programáticas nacionales sobre la tuberculosis) durante el año de notificación.	81			0	81

Fuente: Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Octubre 2015



11.2 Proporción de personas seropositivas registradas por primera vez en la atención para el VIH con tuberculosis activa

No disponemos de nuevos datos

11.3 Proporción de personas seropositivas registradas por primera vez en la atención para el VIH que iniciaron la terapia preventiva para la tuberculosis

	Valor de datos
Porcentaje (%) : Número de pacientes que comenzaron el tratamiento para la infección por tuberculosis latente, expresado como el porcentaje del número total de personas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH durante el periodo de notificación	14.2
Numerador : Número total de personas seropositivas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH e iniciaron el tratamiento para la infección por tuberculosis latente durante el periodo de notificación.	114
Denominador : Número total de personas que se registraron por primera vez en la atención para el VIH, es decir, quienes comenzaron la terapia antirretrovírica o el tratamiento previo a esta durante el periodo de notificación. El denominador debe ser el mismo que el denominador del indicador 11.2	801

Fuente: Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH/Sida 2014.

Coinfección VIH

11.4 Pruebas de Hepatitis B

No disponemos de nuevos datos

11.5 Proporción de personas coinfectadas por VIH/ VHB que reciben terapia combinada

El 3,6% (29/801) de los pacientes VIH encuestados presentaban un Antígeno de superficie HBsAg.

Un vez diagnosticados todos reciben tratamiento salvo contraindicaciones médicas

Fuente: Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH/Sida 2014.

11.4 Pruebas de Hepatitis C

No disponemos de nuevos datos

11.7 Proporción de personas diagnosticadas por infección por VIH/VHC que comenzaron el tratamiento para el VHC

	Total	Usuarios de drogas inyectables
Porcentaje (%) : Proporción de personas diagnosticadas con coinfección por VIH/VHC que comenzaron el tratamiento para el VHC	35.8	35.1
Numerador : Número de personas diagnosticadas con coinfección por el VIH y el VHC que iniciaron el tratamiento del VHC durante un periodo de tiempo determinado (por ejemplo, 12 meses)	118	93
Denominador : Número de personas diagnosticadas con coinfección por el VIH y el VHC que recibieron atención para el VIH en un periodo de tiempo determinado (12 meses)	330	265

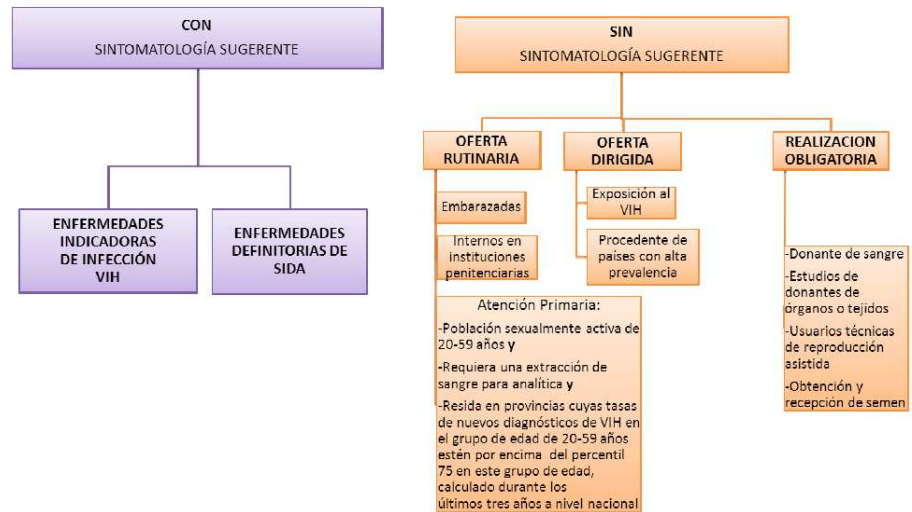
Fuente: Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH/Sida 2014.



	<p>11.8 Pruebas de sífilis en mujeres embarazadas</p> <p>No pertinente en nuestro entorno</p> <p>11.9 Índice de sífilis en paciente que acuden a centros de atención prenatal</p> <p>No pertinente en nuestro entorno</p> <p>11.10 Cobertura de tratamiento de la sífilis para los paciente con sífilis que acuden a centros de atención prenatal</p> <p>No pertinente en nuestro entorno</p> <p>11.11 Índice de sífilis congénita (nacimientos y mortinatos)</p> <table border="1" data-bbox="339 880 1517 1037"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porcentaje (%) : Porcentaje de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos)</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Numerador : Número de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos) en los últimos 12 meses.</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Denominador : Número de nacimientos</td> <td>425715</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fuente: Vigilancia epidemiológica de la sífilis congénita. Cobertura nacional. Últimos datos disponibles 2013.</p> <p>Tasa 0,70 por cada 100,000 nacidos vivos</p> <p>11.12 Hombres con secreciones uretrales</p> <p>No pertinente ten nuestro entorno</p> <p>11.13 Enfermedad de úlcera genital en adultos</p> <p>No pertinente ten nuestro entorno</p>		Total	Porcentaje (%) : Porcentaje de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos)	0	Numerador : Número de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos) en los últimos 12 meses.	3	Denominador : Número de nacimientos	425715
	Total								
Porcentaje (%) : Porcentaje de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos)	0								
Numerador : Número de casos de sífilis congénita registrados (nacimientos y mortinatos) en los últimos 12 meses.	3								
Denominador : Número de nacimientos	425715								
<p>Cuestiones sobre políticas (referentes a los 10 objetivos)</p>	<p>A. Servicios de Prueba de VIH</p> <p>Se recomienda la realización de pruebas en adolescentes, niños, “menores maduros”, grupos vulnerables, embarazadas y según lo recogido en el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras ITS. 2013-2016 y las recomendaciones de la Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario, tal y como se expone en el algoritmo.</p>								



ALGORITMO DE RECOMENDACIONES DE REALIZACION DE LA PRUEBA



B. Tratamiento Antirretroviral

Se publican directrices para el TAR en adultos: Documento de Gesida y PNS respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el VIH. Directrices para la prevención de la transmisión materno-infantil. Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH.

Se han adaptado las recomendaciones de las directrices de la OMS y de otras organizaciones internacionales, en el Documento del Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus del VIH en adultos, en la prevención de la transmisión materno infantil y en tratamiento pediátrico.

No se precisa priorizar el tratamiento a las personas con <350 CD4 ya que se prescribe tratamiento <500 CD4. Se recomiendan las directrices del TAR en pacientes seropositivos para el VIH con tuberculosis activa, en parejas serodiscordantes. Se usan preferentemente combinaciones de dosis fija en TAR. La combinación ARV es la de elección en las directrices nacionales como tratamiento de primera línea en adolescentes y adultos. La dt4T se eliminó en el año 2008.

Se consideran de elección los esquemas basados en LPV/r en todos los niños <36 meses. Se recomienda el efavirenz en niños de 3 años y la estructura recomendada en niños de 3 a 10 años es AZT+3TC (or FTC)

En adolescentes la estructura recomendada es AZT+3TC (or FTC)

El 100% de los Hospitales usan la tecnología de recuento de CD4.

C. Prevención transmisión materno-infantil

Existe en España un Plan Estratégico de prevención y control de la infección por VIH y otras ITS 2013-2016

La opción de PTMI que se recomienda es la opción B+ (treat all)

El esquema de TAR recomendado es TDF/FTC+LPV/r o ABC/3TC+LPV/r

No se recomienda la lactancia materna.

D. Infecciones de Transmisión Sexual

Existen directrices desde el año 2011 y durante 2016 van a ser actualizadas



E. Poblaciones clave

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

Todos los grupos poblacionales reciben asistencia integral que incluye TAR, tratamiento de las ITS, y otras comorbilidades

F. Circuncisión masculina

No aplicable

G. Profilaxis previa a la exposición y profilaxis post exposición

Existe un Documento de consenso sobre la profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional en niños, adolescentes y adultos para el VIH, Hepatitis B y C.

No está implantada la profilaxis pre-exposición.

H. Vigilancia

Existe vigilancia sistemática de los datos epidemiológicos y centinela de conductas en los grupos de riesgo. En el año 2015 se ha iniciado el procedimiento de integrar las bases de datos de notificación de nuevos diagnósticos de VIH y el Registro de Casos de Sida, a fin de realizar la vigilancia para recoger los tres eventos principales: diagnóstico, aparición de enfermedad definitiva de sida

I. Seguimiento y Evaluación

Las actividades se implementan mediante Planes de Actuación Anuales priorizando las recomendaciones del Plan Estratégico 2013-2016. Dado que el Plan finaliza en 2016 se trabaja en la evaluación del mismo, mediante indicadores de estructura, proceso y resultados anuales en mitad del periodo y al final de la vigencia del Plan. También se hace seguimiento del progreso de la epidemia.

J. Resistencia a los medicamentos del VIH

Existe una estrategia nacional vigente sobre vigilancia de farmacoresistencias y está incorporada en la estrategia nacional. El sistema incluye 70 hospitales. Además la cohorte, CoRIS, en la que participan 30 hospitales estudia las resistencias en niños

K. Vigilancia del Seguimientos de la Toxicidad

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

L. Planificación y revisión estratégicas

Para cada actividad incorporada en el Plan Estratégico se desarrolla un protocolo de implementación, que incluye a los agentes implicados en la respuesta a la epidemia, desde las Comunidades, Autónomas, la Sociedad Civil incluyendo a las personas afectadas por VIH y otras ITS, otros Departamento Ministeriales, las Sociedades Científicas y los Colegios Profesionales. Todos los Planes de Acción Anuales son aprobados en la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas del Sida, en la que están representados todos los agentes implicados en la respuesta a la epidemia.



Durante el año 2016, se iniciará la evaluación del Plan Estratégico que finaliza en este año y que marcará las pautas a seguir en la respuesta a la epidemia una vez identificados los logros y las propuestas de mejora.

M. Salud reproductiva e investigación

Existen directrices Españolas relacionadas con la reproducción en mujeres con el VIH recogidas en el Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH, en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto.

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

II. PANORAMA GENERAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 84679 casos de sida. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2014.

La tendencia muestra un descenso continuado en PID y en casos de transmisión heterosexual, mientras que los casos en HSH se mantienen estables.

Los casos de sida pediátricos disminuyeron drásticamente a partir del año 1996 y en los últimos años no se han notificado nuevos casos.

Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas originarias de otros países diferentes de España estuvo por debajo del 3%, pero desde entonces ha subido progresivamente hasta alcanzar el 28,6% en 2014. En este último año, el 44,9% de estas personas extranjeras procedía de Latinoamérica, y el 26% de África Subsahariana

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



Estimadores de la epidemia de VIH y sida en España a finales de 2014	
Nuevos diagnósticos de VIH (2014) (tasa por 100000 habitantes)*	9,34
Mecanismo probable de infección de los nuevos diagnósticos de VIH (2014)* Usuarios de drogas por vía parenteral Hombres con prácticas homosexuales Riesgo heterosexual	3,4% (2,8,4,1) 53,9% (52,2-55,6) 26,0% (24,5-27,5)
Características de los nuevos diagnósticos de VIH (2014) * Hombres Mujeres Menores de 15 años	84,7% 15,3% 0,1%
Personas que viven con infección por el VIH**	150.000 (130.000-160.000)
Prevalencia de infección por VIH (tasa por 100 habitantes)**	0,4
Mecanismo probable de infección en las personas que viven con VIH (2014) *** Usuarios de drogas por vía parenteral Hombres con prácticas homosexuales Riesgo heterosexual	36,8% (33,5-40,3) 27,0% (23,9-30,2) 29,2% (26,1-32,5)
Personas que han desarrollado sida desde el comienzo de la epidemia (a 30 de Junio de 2015) †	84.679
Muertes por VIH/sida desde el principio de la epidemia (1981-2013) †	56.829

Fuentes:

*Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH

** Estimaciones realizadas a partir del programa Spectrum

*** Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH

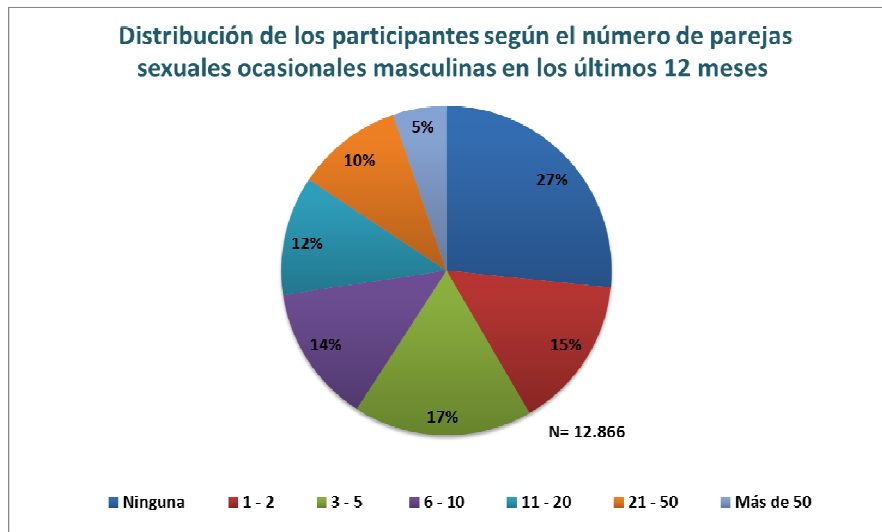
† Registro nacional de casos de sida

† Estadística de mortalidad por causas. Instituto Nacional de Estadística (INE)

• **Indicadores conductuales**

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

En España participaron 13.730 hombres, la mayoría de los cuales se identificaba como gay. El 36% tenía pareja estable, el 76,5% refirió al menos una pareja ocasional en los 12 meses previos al estudio y un 27,4% 10 o más.

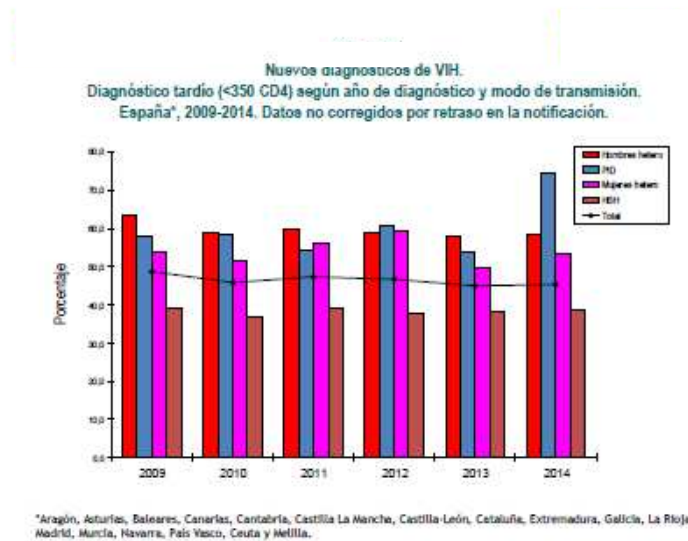


El 44,4% de los HSH participantes en EMIS-España se había realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el 74% al menos una vez en la vida, siendo la prevalencia autorreferida de VIH entre estos del 12%. El consumo de drogas para sexo y fiesta fue muy común y el 5% de los participantes decían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

- **Diagnóstico Tardío**

En el año 2014, el porcentaje de nuevos casos notificados (3366) con información sobre la primera determinación de linfocitos CD4 realizada tras el diagnóstico ascendía al 47.6% mientras que en el año 2013 este porcentaje se elevaba al 85.9%. Se considera diagnóstico tardío como la presencia de una cifra de CD4 <350 células/ μ lo que implica un deterioro inmunitario en los pacientes al no haber podido acceder al tratamiento de forma temprana, además podrían haber desempeñado un papel relevante en la transmisión del virus al desconocer que estaban infectadas.

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



- **Mortalidad**

En cuanto a la tendencia desde el inicio de la epidemia, entre 1981 y 2013 se produjeron 56.829 fallecimientos por VIH/Sida, con un máximo en 1995, cuando 5.857 personas fallecieron a causa de esta infección. Desde esa fecha, sobre todo tras la generalización del TAR, los fallecimientos disminuyeron radicalmente hasta 1998 (descenso del 68%), y desde entonces el descenso se ha ralentizado.

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

Los puntos clave de la epidemia en España son:

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

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

- La infección por VIH es mayoritariamente de transmisión sexual. Los UDI solo representan el 3,4% de los casos y la transmisión madre-hijo en torno al 0,1%.



- Los HSH se configuran como el grupo más relevante para la epidemia de VIH, ya que actualmente representan el 53,9% de los diagnósticos, si bien las tasas presentan una ligera tendencia ascendente, esta no es estadísticamente significativa. En contraste la tasa de nuevos diagnósticos en UDI decrece y la tasa en heterosexuales está estabilizada o es ligeramente descendente.
- Las personas extranjeras representan casi un 32% de los nuevos diagnósticos. En España aumentó de forma progresiva en la primera mitad de la década del 2000, las cifras se estabilizaron en la segunda mitad y a partir de 2011 descienden.

2. La prevalencia global del VIH en España ha aumentado al incrementarse la supervivencia de las PVIH, pero la situación entre los distintos grupos es heterogénea, como muestran los sistemas de vigilancia centinela de la infección:

- En hombres y mujeres heterosexuales que acuden a la red EPI-VIH la prevalencia desciende. En trabajadoras sexuales la prevalencia está en niveles similares a los de las mujeres heterosexuales de alto riesgo. En trabajadores sexuales HSH la prevalencia es casi 20 veces más alta, y también está estable, aunque los tamaños muestrales son limitados.
- En PID, las tasas disminuyen en ambos sexos, tanto en españoles como inmigrantes.
- En HSH no trabajadores sexuales, la prevalencia ha estado aumentando pero en estos últimos años parece estabilizarse.

3. La prevalencia de conductas de riesgo para la transmisión sexual del VIH en HSH es alta. También se registran deficiencias en el uso de preservativos en personas con infección por VIH y es creciente la práctica de consumo de drogas, derivadas de las anfetaminas, asociadas al sexo.

4. El aumento de las tasas de incidencia de gonococia y sífilis sugiere un aumento de las conductas de riesgo.

5. Tanto el número como el porcentaje de las personas con infección por VIH que están en tratamiento con TAR muestran una tendencia ascendente, lo que ha tenido consecuencias muy beneficiosas para los pacientes, reflejadas en parámetros como el nivel de CD4 o la carga viral. **No obstante, persisten retos importantes para maximizar la efectividad del tratamiento, como son:**

- La disminución de la fracción no diagnosticada y del retraso diagnóstico
- La disminución del tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VIH y el inicio del seguimiento clínico, sobre todo en los UDI.
- La mejora de la asistencia a consultas y de la adherencia en poblaciones socialmente desfavorecidas.

6. La prevalencia de personas mayores de 50 años con VIH ha aumentado desde el 7,7% en 2000 hasta el 13,2% en 2014. Esto representa al mismo tiempo un éxito de la política española sobre VIH y un gran reto de futuro, por las especiales necesidades, sanitarias y sociales, de las personas infectadas con VIH.



- 7. La mortalidad por VIH/Sida sigue disminuyendo, aunque el descenso se ha ralentizado en los últimos años.** Por el contrario, aumenta proporcionalmente la mortalidad no relacionada con el VIH, sobre todo a expensas de la patología hepática y oncológica.

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

Sistemas de vigilancia centinela

En España existen sistemas de vigilancia centinela de la prevalencia de VIH en distintas poblaciones que permiten obtener información sobre la situación en los grupos más vulnerables.

- **La prevalencia de VIH en usuarios de centros de diagnóstico de VIH y/o ITS** se monitoriza mediante una red centinela de 15 centros localizados en 14 ciudades españolas (red EPI-VIH) desde el año 2000. Durante el periodo 2000-2013, se realizaron un total de 262.223 determinaciones de VIH, de las que el 62,5% fueron en personas que acudían en primera visita a uno de los centros participantes en el EPI-VIH y las restantes en aquellos que ya se habían realizado la prueba de VIH en el mismo centro en ocasiones anteriores.

La prevalencia global de VIH en el periodo en primeras visitas fue del 2,8%, superior a la encontrada en revisiones (2,0%). En las primeras visitas la prevalencia osciló entre 3,3% en 2000 y 2,9% en 2013, sin observarse una tendencia significativa en el periodo.

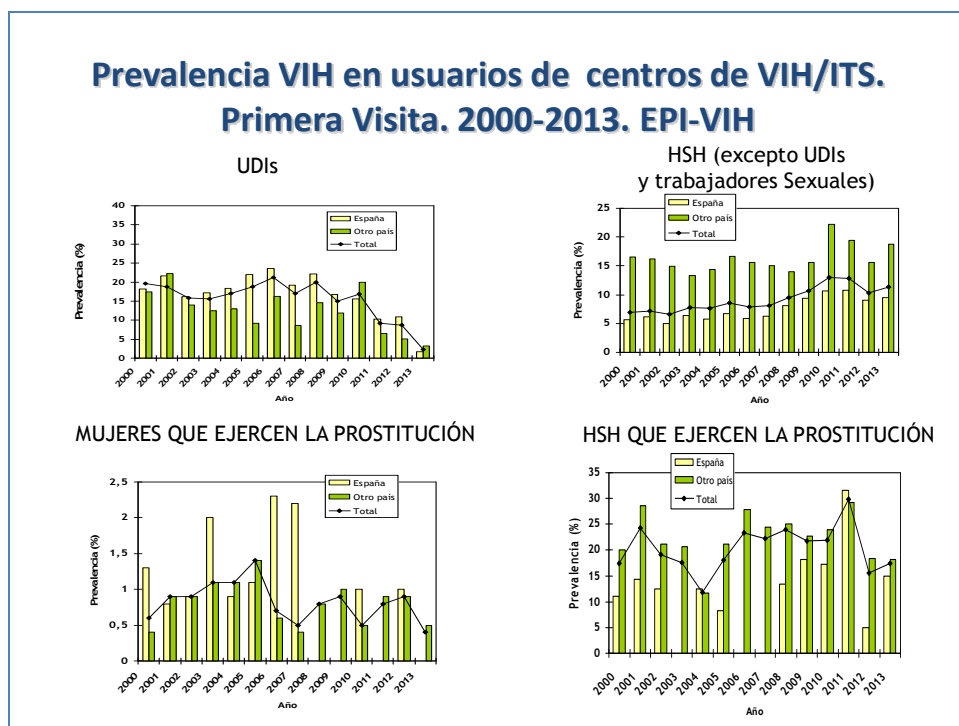
El número de solicitudes de la prueba de VIH en primera visita por parte de los UDI decrece de forma significativa a lo largo del periodo, siendo el único subgrupo de población en que esto ocurre. En este grupo se detectaron las prevalencias más altas, que se mantuvieron estables entre 2000 y 2009 (desde el 19,6% hasta el 15,0%), observándose después un descenso continuado hasta 2013 (2,3%).

Entre los HSH sin otras exposiciones de riesgo, la prevalencia osciló entre 7,0% en el año 2000 y 7,9 en 2006, aunque estos cambios no fueron significativos; a partir de 2007 se observa un incremento desde el 8,1% al 11,2% en 2013. Las prevalencias en heterosexuales de ambos sexos se mantuvieron siempre inferiores al 1,4%, y entre 2000 y 2013 la tendencia fue decreciente.



Es de destacar la diferente prevalencia en los trabajadores sexuales según se trate de mujeres o varones: las cifras de prevalencia en mujeres están estabilizadas en torno al 1%, mientras que en HSH los valores fueron muy superiores (rango: 11,8% y el 29,8% en el periodo 2000-2013).

Entre las personas procedentes de otros países la situación con respecto a los españoles es heterogénea. Para el total del periodo y en primeras visitas, los originarios de África Subsahariana y Latinoamérica tienen prevalencias significativamente más altas que las de los españoles, mientras que aquellos de Europa del Este tienen prevalencias menores; por el contrario, en revisiones las prevalencias más altas se dan entre los españoles y europeos occidentales. En cuanto a las tendencias, se observa un incremento de la prevalencia en los latinoamericanos tanto en primeras visitas (de 1,5% en 2000 a 4,5% en 2013) como en revisiones (de 0,9% a 1,8%).

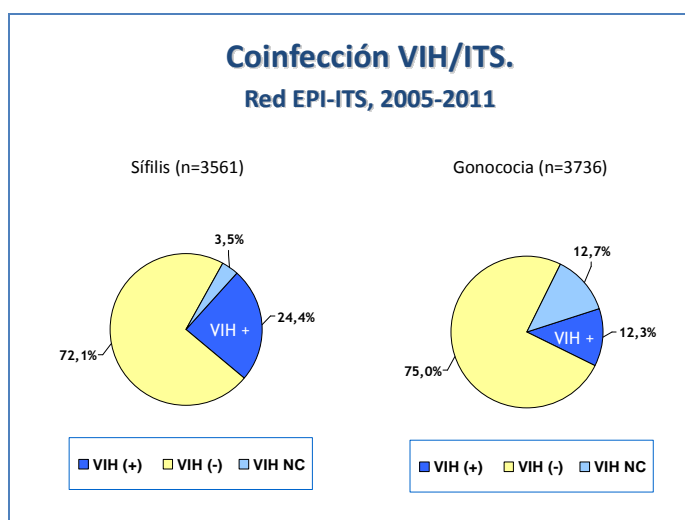


- **La prevalencia de co-infección con VIH en pacientes de sífilis y gonococia** se recoge desde julio de 2005 en la EPI-ITS, actualmente constituida por 17 centros específicos de diagnóstico y tratamiento de ITS e Instituciones Penitenciarias.

En el periodo comprendido entre julio de 2005 y diciembre de 2011, se identificaron un total de 3.561 diagnósticos de sífilis y 3.736 de gonococia, de los cuales estaban co-infectados con VIH el 24,4% y el 12,3% respectivamente.



La prevalencia de coinfección VIH/sífilis fue más elevada en HSH (30,8%) seguida de hombres heterosexuales (5,6%) y mujeres (3,2%). De igual modo, la prevalencia VIH/gonococia fue del 20,9% en HSH y del 1,6% y 1,1% en hombres y mujeres heterosexuales respectivamente.



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

Desde 1995 existe un sistema de información sobre las características socio-demográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes infectados por VIH atendidos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. La Encuesta Hospitalaria (EH) sobre pacientes con VIH/sida atendidos en hospitales públicos, que se realiza anualmente en un día en un día prefijado, recoge información detallada sobre las personas con infección por VIH.

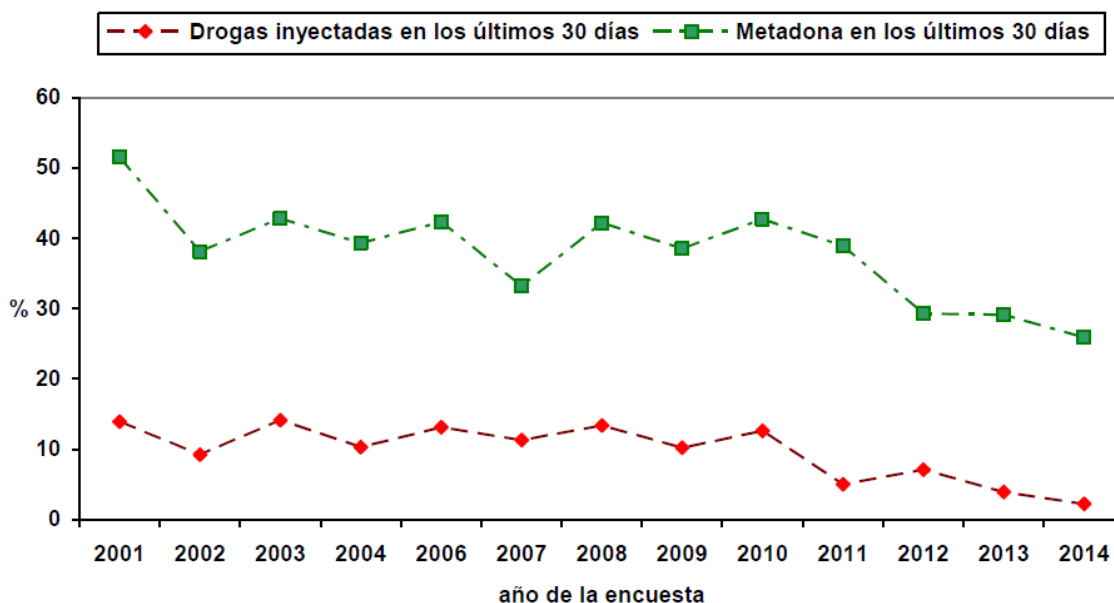
En 2014, el 20,9% de los participantes que habían mantenido relaciones sexuales los 12 meses previos, no usó preservativo en su última relación sexual, un porcentaje que ha ido disminuyendo desde 2002. Si se tiene en cuenta el estatus VIH de las parejas sexuales de los pacientes, se observa que entre quienes habían tenido relaciones con alguna pareja de estatus serodiscordante/desconocido, el 14,8% no utilizó preservativo en su última relación sexual, mientras que la cifra correspondiente entre quienes siempre tuvieron relaciones con personas seroconcordantes fue del 35,4%.

Respecto al uso de drogas inyectadas, el 2,2% de los pacientes que se infectaron por compartir material de inyección de drogas refirió haberse inyectado drogas en el último mes, y el 25,9% estaba en tratamiento con metadona.



Entre 2001 y 2012, se observó una disminución significativa de la proporción que refirió mantener su hábito de consumo en el último mes (desde el 13,9% en 2001 hasta el 2,2% en el 2014) así como de aquellos que siguen en tratamiento con metadona (desde el 51,5% en 2001 hasta el 25,9% en 2014).

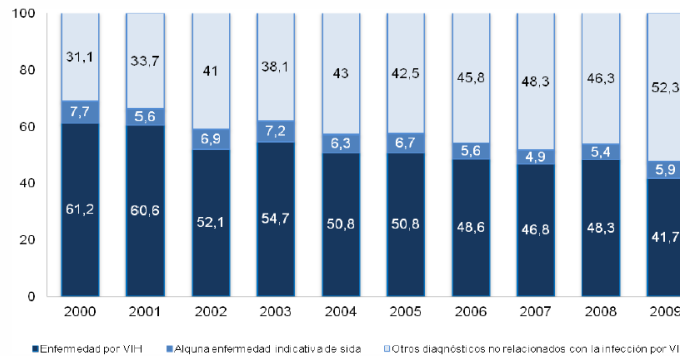
Pacientes (%) UDI/exUDI que se inyectaron drogas ilegales o recibieron tratamiento con metadona en los últimos 30 días, 2001-2014.



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



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



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

III. RESPUESTA NACIONAL A LA EPIDEMIA DE SIDA

1. Compromiso Nacional

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

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

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

De forma específica, y para **el período 2013-2016** el nuevo Plan estratégico, el cuarto publicado en España, da continuidad a las estrategias fijadas por los planes anteriores frente al VIH-Sida reforzando aspectos como la **promoción del diagnóstico y tratamiento de forma precoz**, la **prevención en poblaciones vulnerables**, especialmente entre los HSH, la **participación de la sociedad civil** y la **lucha contra el estigma y la discriminación**, además de introducir algunas



novedades importantes como la reestructuración del Plan siguiendo un modelo de **enfoque por objetivos y ejes de intervención**, la **inclusión de las ITS**, en consonancia con otros países de nuestro entorno, la incorporación del uso de las **TICs** para la **prevención en los grupos de población especialmente sensibles**.

2. Cooperación al desarrollo

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

Hay que recordar la importancia del proyecto Esther-Red de Solidaridad Terapéutica Hospitalaria, que pretende colaborar con los países en desarrollo en los esfuerzos de adaptación y mejora de las estructuras sanitarias para hacer frente, con garantías de calidad, a toda la demanda actual y futura de la infección por VIH.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha centrado su actividad en Latinoamérica apostando por la cualificación profesional a tres niveles, capacitando profesionales sanitarios en sus respectivos países, ofreciendo rotaciones a los profesionales en Hospitales españoles y finalmente con la realización de un master on-line. Concretamente durante el período de 2008 a 2015 se realizaron cinco ediciones del *Master on-line sobre actualización en VIH* en las que participaron alumnos procedentes de los ocho países socios (Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Honduras, Guatemala, Nicaragua Uruguay), en el año 2014 se incorporaron al master estudiantes de España, Panamá, Méjico y Perú. Un total de 1293 profesionales sanitarios finalizaron el Master on-line, se realizaron 32 talleres de formación en terreno a los que asistieron 461 profesionales, 47 profesionales rotaron por hospitales españoles. Además, se pusieron en marcha 7 proyectos de investigación conjunta y seis publicaciones internacionales.

Igualmente se ha dado asesoría científica en la elaboración de las guías de tratamiento ARV tanto en adultos como en niños y en mujeres embarazadas incluyendo la transmisión materno-infantil

3. Participación de la Sociedad Civil

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

En el año 2014 se elaboraron nuevas normas de funcionamiento del Comité Asesor y Consultivo de ONG, a fin de dotar de una mayor agilidad a la participación de la sociedad civil y se renovaron los integrantes del mismo.



Los Objetivos del Comité son:

- Colaborar con el PNS y ser un órgano de representación de la sociedad civil.
- Conocer y debatir las actuaciones del PNS que sean de especial importancia para la sociedad civil.
- Proponer, promocionar y realizar propuestas sobre los asuntos que considere de interés, así como cooperar activamente con las iniciativas del PNS que considere pertinentes.
- Analizar la situación en que se encuentran la respuesta frente a la epidemia, la atención a las personas con VIH, el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH y el movimiento asociativo.
- Conocer los presupuestos y las actividades programadas por el PNS.

Por otro lado, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad destinó en ayudas a ONGs, para financiar programas de prevención y control del VIH y sida 1.000.000 € en 2012, 1.100.000 € en 2013, 1.375.000 € en 2014 y 1.717.000 € en 2015. Así mismo, se destinaron 3.506.607,43 € en 2012, 3.225.800 € en 2013 y 3.225.800 € tanto en 2014 como en 2015 en ayudas a ONGs para el desarrollo de programas de apoyo e inserción laboral, y apoyo psicosocial incluyendo, casas de acogida y pisos de inserción social para personas con el VIH, a nivel nacional.

4. Lucha contra el estigma y la discriminación

Desde el año 2006, el estigma y la discriminación forman parte de las prioridades del PNS, incluyendo la misma en el objetivos 9, "Promover la igualdad de trato y la no discriminación de las personas con VIH e ITS" del Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (2013-2016).

Como el fin de Erradicar el estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH, a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Para ello, desde el Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad, con las distintas Comunidades Autónomas o Regiones, y con las ONG a través de las convocatorias anuales de subvenciones. Además, la inserción laboral de las personas afectadas se ha introducido como una de las prioridades a financiar a través del Plan Nacional sobre el Sida.

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



Las encuestas nacionales sobre estigma y discriminación hacia las personas con VIH en distintos entornos: colegio, trabajo y comercio. Han mostrado en los últimos años una disminución de las conductas de evitación y discriminación hacia los pacientes VIH. Así el porcentaje de personas que refieren incomodidad hacia las personas con VIH en distintos entornos entre 2008 y 2012 del 49,20% al 34,50% en el colegio, 49,10% al 38,70% en el comercio habitual y del 25,80% al 23,70% en el trabajo (Fuente Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008-2012 N= 1619). En la Encuesta sobre percepción de la discriminación en España 2013. CIS 3000 (N= 2474), el 11,4% de las personas encuestadas se manifiesta incómoda (algo, bastante o mucho) ante la vecindad de una persona con VIH, en el caso del trabajo en una oficina con más personas un 6,8% refiere estar en desacuerdo hasta cierto punto y el 4,7% total mente en desacuerdo.

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

En el plan se incluyen las siguientes recomendaciones como:

- Debe priorizarse la promoción del disfrute efectivo de los derechos humanos y la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con VIH, además de establecer compromisos políticos y sociales concretos para trabajar con las poblaciones vulnerables, que son las más expuestas al riesgo.
- Resulta imprescindible desarrollar acciones dirigidas a reducir y/o eliminar el auto-estigma de las personas con VIH o sida, mediante el conocimiento de sus derechos y los mecanismos legales para ejercerlos, la participación social y su visualización en las políticas contra la discriminación. Así como también fomentado entre ellas las habilidades que ayuden a afrontar el posible estigma y discriminación.
- Se recomienda mejorar las condiciones de vida y atender las necesidades específicas de estas personas, a través de medidas legales y sociales y de un acompañamiento específico, lo que permitirá crear un entorno favorable y seguro, tanto para reducir los riesgos relacionados con la transmisión, como para el cumplimiento del tratamiento y la consiguiente mejora integral de su salud.
- Debe tenerse en cuenta el derecho al trabajo, reconocido en el artículo 35 de la Constitución española. En el caso extremo de imposibilidad o grave dificultad para continuar trabajando, se debe facilitar la igualdad en el acceso a las prestaciones. Para ello, se implementará un Pacto Social multisectorial y multidisciplinar por la igualdad de trato y la no discriminación, contentando con todos los agentes y sectores implicados.



- Es necesario favorecer la inserción laboral de las personas con VIH mediante la implicación de las empresas y de otros agentes del ámbito laboral, fomentando además estrategias y actividades que contribuyan tanto a la prevención del VIH como a preservar los derechos de los empleados afectados, insistiendo especialmente en la respuesta frente al estigma y la discriminación dentro del ámbito laboral y también en la comunidad.

5. Tratamiento

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

Se publican directrices para el TAR en adultos: Documento de Gesida y PNS respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el VIH. Directrices para la prevención de la transmisión maternoinfantil: Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH, en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Directrices para el TAR en niños y adolescentes con el VIH: Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH. Se dispone de unas directrices específicas para los adolescentes con el VIH: Guía práctica clínica para el abordaje integral del adolescente con infección por el VIH. Y también para mujeres con el VIH: Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida y Gesida sobre la asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH.

Desde el año 2014, las recomendaciones españolas en cuanto a TAR son universales y no están en relación con el número de CD4.

Se usan preferentemente combinaciones de dosis fija en TAR. La combinación ARV que es la de elección en las directrices nacionales como tratamiento de primera línea en adolescentes y adultos se basan en combinaciones de 2 análogos de nucleósidos (TDF/FTC ó ABC/3TC) y 1 inhibidor de la integrasa (DTG o RAL o la combinación TAF/FTC/EVG/COBI). El dt4T se eliminó en el año 2008.

Se consideran de elección los esquemas basados en LPV/r en todos los niños <36 meses. Se recomienda el efavirenz en niños de 3 años y la estructura recomendada en niños de 3 a 10 años es AZT+3TC (o FTC) En adolescentes la estructura recomendada es AZT+3TC (o FTC)



El 100% de los Hospitales usan la tecnología de recuento de CD4, determinación de carga viral plasmática. La mayoría disponen de test de resistencias a ARV y los que no disponen de la técnica tienen un centro de referencia.

El acceso generalizado en España al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha tenido un gran impacto en la calidad de vida y la supervivencia de las personas afectadas por el VIH/sida, logrando descensos muy importantes en la incidencia de sida y en la mortalidad asociada al VIH. En 2015 unas **110.612** personas estaban en tratamiento antirretroviral y se calcula que en ese año el coste total del TAR fue de **729.317.636,51 €**.

6. Prevención

Desde la aparición del VIH se han probado numerosas estrategias para prevenir su transmisión con diferentes grados de éxito. Los recientes informes de ONUSIDA nos muestran que globalmente el número de nuevas infecciones por VIH está reduciéndose (38% desde 2001) debido a la extensión de los programas y la implementación de nuevas estrategias preventivas, aunque estos avances se ven ensombrecidos por el continuo incremento de la incidencia en ciertos países y en determinados grupos de población.

Paralelamente, infecciones de transmisión sexual como sífilis o gonorrea tienen una tendencia ascendente, al igual que herpes virus, papiloma virus y hepatitis C, lo que incrementa la población en riesgo exponencialmente.

Esto ha condicionado el diseño de un amplio abanico de estrategias preventivas que pueden ser agrupadas según en el momento en que se implementan, antes de la exposición, tales como los cambios de conductas, las vacunas, la profilaxis pre-exposición, el intercambio de jeringuillas, circuncisión, el tratamiento de otras ITS; en el momento de la transmisión, como el uso de barreras cervicales, el preservativo tanto masculino como femenino, los microbicidas, cribado de VIH y otras ITS a las embarazos y su tratamiento antirretroviral (TAR); o con el tratamiento, como el tratamiento como prevención (TcP), el tratamiento de infecciones oportunistas y de ITS, la profilaxis post-exposición y la nutrición y el auto-cuidado.

La creencia de que con intervenciones únicas de prevención no es suficiente, hace que haya que buscar enfoques preventivos más efectivos, como la prevención combinada y el término de Prevención de Alta Eficacia que aboga por la sinergia entre intervenciones socio-conductuales y médicas, con cuatro ámbitos principales de actuación contando con la participación de la comunidad y el liderazgo para amplificar esfuerzos en prevención y tratamiento.

Este cambio ha sido necesario, ya que *"no hay medidas mágicas en prevención"*, se ha constatado que intervenciones con modestos niveles de eficacia pueden incrementarla si se combinan con otras; las intervenciones biomédicas están influenciadas por factores relacionados con el comportamiento humano; estas intervenciones han sido aplicadas conjuntamente con otras preventivas que incluían



realización de la prueba, consejo para la reducción del riesgo, uso del preservativo y Profilaxis Postexposición.

La prevención combinada debe ser factible, efectiva, asequible y aceptable; en los que las poblaciones diana participen tanto en su diseño como en su implementación. No obstante, uno de los retos de estas intervenciones es tanto medir su impacto en las poblaciones a las que se dirige, como determinar el nivel de evidencia de las mismas.

Por ello entendemos que la coordinación en la respuesta a la epidemia sigue siendo clave, más en un país descentralizado como el nuestro, en ese sentido la participación de las Comunidades Autónomas y la sociedad civil en el desarrollo de los Planes de Acción Anuales hace que la respuesta sea integradora. Igualmente seguimos apoyando el proyecto Esther y el compromiso formativo con países de Sudamérica mediante el fomento de la colaboración entre profesionales y la realización del master sobre VIH on-line.

Siguiendo los objetivos del Plan Estratégico, entre las prioridades en prevención podemos destacar:

■ *Favorecer la coordinación tanto a nivel nacional como internacional*

Seguimos fomentando, tanto la participación o de otras administraciones, como de la sociedad civil, las sociedades científicas en la respuesta a la epidemia, para o que hemos renovado las normas de funcionamiento conjuntamente con las ONG de las normas de funcionamiento de Comité asesor y Consultivo a fin de darle más agilidad y representatividad.

■ *Adaptar los sistemas de información a las necesidades de la epidemia*

En este apartado estamos trabajando en la integración del Sistema de Notificación de Nuevos Diagnósticos y el Registro de Casos de Sida, que contemple los tres principales eventos relacionados con la enfermedad, el diagnóstico, la aparición de un suceso definitivo de sida y la mortalidad.

A fin de mejorar el sistema de información sobre ITS, se está trabajando en la implantación de la declaración individualizada de sífilis, sífilis congénita, gonococia, clamidiasis y linfogranuloma venéreo dentro del Sistema de Vigilancia de Infecciones de Transmisión sexual.

En la mejora de los sistemas se está creando un Sistema de Información sobre realización de la prueba en entornos comunitarios, ya se ha diseñado el cuestionario de recogida de datos y se está trabajando en la plataforma informática para la recolección de datos que está en modo prueba.

■ *Incrementar los conocimientos frente a la infección por VIH y otras ITS*

En este objetivo podemos remarcar los trabajos dirigidos a población joven con la identificación de buenas prácticas en los Programas de Educación Sexual, para lo



que se han identificado los programas llevados a cabo por las Comunidades Autónomas, se ha elaborado una ficha de valoración de buenas prácticas, para que una vez identificados puedan ser seleccionados y difundidos.

Se está trabajando también en el entorno sanitario con el diseño de programas formativos on-line sobre comunicación afectivo-sexual para mejorar la cumplimentación de la historia clínica en estos aspectos y mejorar la identificación de personas con prácticas de riesgo, con el fin de disminuir la fracción no diagnosticada.

■ *Disminuir la incidencia de infección por VIH y otras ITS*

Para ello seguimos apoyando la realización de programas de prevención financiados mediante convocatorias de subvenciones a ONG, con el seguimiento de las actividades dirigidas a poblaciones más vulnerables, a la coordinación y formación entre entidades, al apoyo del uso de la TIC en su aplicación y en los proyectos de seguimiento y adherencia terapéutica. Con un especial interés en la difusión del uso de herramientas de mejora de la calidad en los programas y proyectos de prevención de VIH.

También realizamos campañas informativas tanto para la población general, en el Día Mundial del Sida, como para poblaciones vulnerables, fundamentalmente HSH.

Entre los trabajos dirigidos a las poblaciones más vulnerables, hay que destacar a los HSH. Mediante un grupo de trabajo compuesto por ONG y Comunidades Autónomas se está elaborando un glosario de terminología LGBT enfocado a la diversidad de género y VIH, en el que se han seleccionado los términos de forma participativa.

Se ha elaborado el índice de un documento de recomendaciones sobre prevención sobre VIH y otras ITS para HSH. Igualmente junto con el Plan Nacional sobre Drogas se está trabajando en la identificación de sustancias utilizadas en el ámbito de las relaciones sexuales entre HSH, que se complementará con una encuesta on-line.

Con un grupo de expertos se están analizando los logros y retos de la Profilaxis Pre-exposición.

■ *Promover el diagnóstico precoz*

Fomentar la solicitud de las pruebas del VIH en Atención Primaria de Salud, para lo que se ha realizado un estudio piloto a nivel nacional, para la implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica del VIH en Atención Primaria (ESTUDIO VIHAP). Con el objetivo de introducir un cambio en la cultura de la normalización de la oferta rutinaria de la prueba de VIH en los médicos, así como también en pacientes y como ello disminuir el número de personas que se diagnostican en estado avanzado. En este estudio se oferta la prueba de forma sistemática todos los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria participantes, durante el periodo de estudio, a los que por cualquier motivo se les indique una



extracción de sangre y que cumplan los siguientes criterios: Ser sexualmente activo y Tener entre 20-59 años. En estos momentos estamos analizando los resultados.

Estamos finalizando una "Guía de recomendaciones de diagnóstico precoz de VIH en entornos comunitarios" e iniciando una de "Prevención y diagnóstico precoz de ITS" con sociedades científicas.

También se han recogido datos de todos los centros comunitarios que realizan la prueba para realizar un mapa georreferenciado, y así facilitar el acceso a los mismos.

Ante la posible comercialización del autotest de VIH, se está elaborando un programa de formación para farmacéuticos.

- Promover la igualdad de trato y la o discriminación así como asegurar la igualdad en el acceso a la prevención y la atención socio-sanitaria

Se va a elaborar un "Documento de derechos y deberes de los pacientes con VIH e ITS", que incluya un apartado sobre la comunicación responsable del estado serológico a la pareja o contacto sexual.

Se está realizando una encuesta sobre la situación laboral de las personas con VIH, conjuntamente con la sociedad civil y se está realizando un informe sobre las causas de exclusión médica en las oposiciones a los Cuerpos de Seguridad del Estado, a fin de facilitar el acceso a los mismos.

Seguiremos apoyando, con nuestra evaluación, los proyectos de las ONG financiados a través de la convocatoria del IRPF.

Trabajamos en la eliminación de barreras socio-sanitarias

IV. PRACTICAS ÓPTIMAS

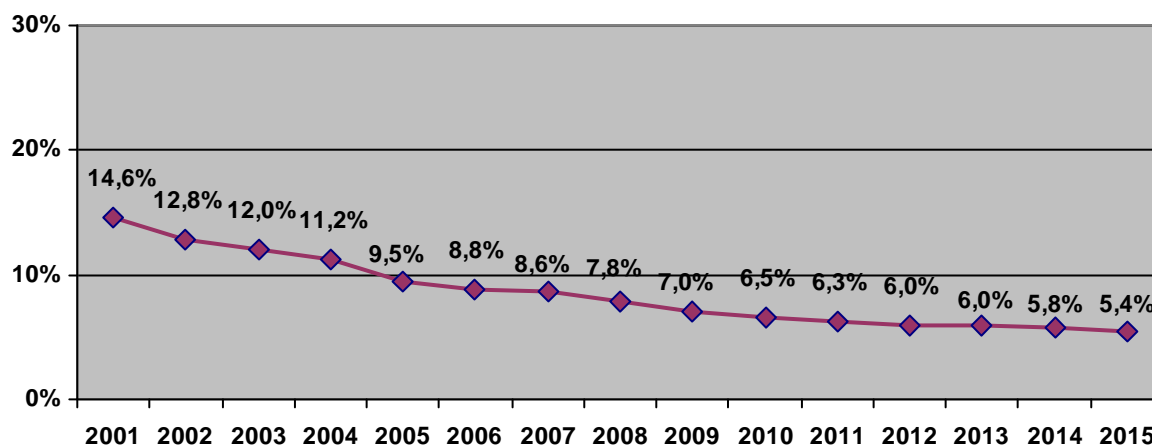
1. Prisiones

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

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

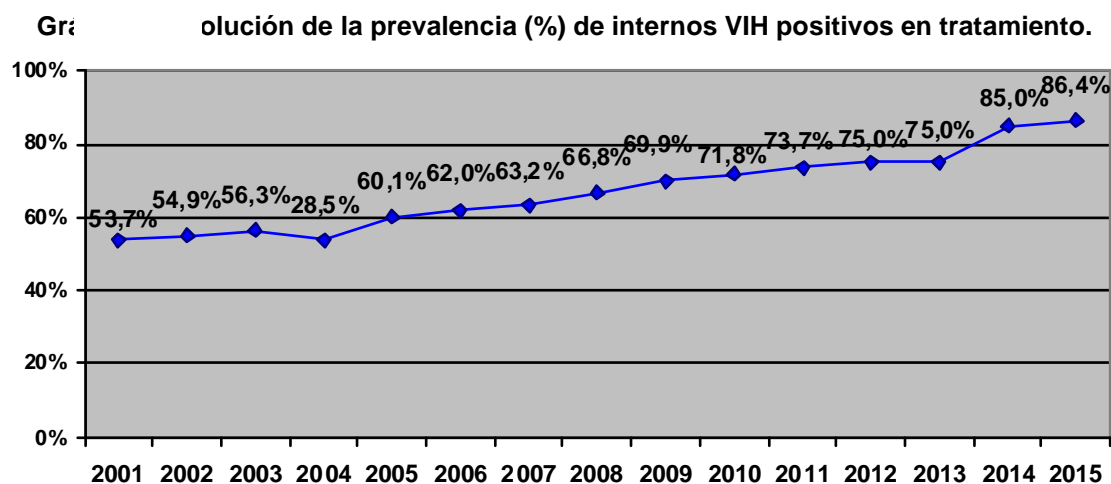


Evolución de la prevalencia (%) de la infección por VIH en II.PP. (2001-2015)



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

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



Las prisiones españolas cuentan con uno de los mejores niveles de acceso a las medidas de prevención del VIH a nivel internacional, con tratamientos sustitutivos con metadona, deshabituación, módulos libres de drogas, campañas de información, programas de educación entre iguales, promoción de sexo más seguro



y de prácticas de inyección de menos riesgo, prueba voluntaria del VIH y consejo asistido, provisión de condones y lubricantes, provisión de material de inyección estéril, distribución de lejía.

2. Personas que se inyectan drogas

Al inicio de la epidemia, las personas que se inyectaban drogas representaban la mayor parte de la carga de la enfermedad en España, he hizo la diferencia de la epidemia con el resto de la EU. En los últimos años este número ha ido decreciendo, gracias a los recursos de reducción de daños incluyendo, los programas de metadona de baja exigencia, los programas de intercambio de material de inyección e incluso las salas de inyección segura; lo que ha dado como resultados, una disminución tanto en el número de personas usuarias de drogas, así como en los nuevos diagnósticos, representando actualmente el 3,4%.

3. Diagnóstico Precoz

Uno de los principales objetivos del Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016, es reducir el número de personas a las que se les diagnostica la infección por VIH en un estadio avanzado sin vulnerar el derecho a la confidencialidad y a la voluntariedad de la prueba.

En España, al analizar la evolución del porcentaje de diagnóstico tardío a lo largo del período, se ha observado un leve descenso de la tendencia, entre el 2007 con un 50% al 2014 con un 46,2%.

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

Desde el PNS se ha apoyado el uso de pruebas rápidas en entornos no sanitarios como ONGs y existe un programa de realización de prueba rápida en farmacias en varias Comunidades Autónomas y se están realizando estrategias de fomento de la prueba en Atención Primaria de Salud.



V. PRINCIPALES PROBLEMAS Y ACCIONES CORRECTORAS

A pesar de las grandes mejoras obtenidas en nuestro país en la respuesta a la epidemia, todavía quedan retos que ofrecen oportunidades de mejora, como son los recogidos en la siguiente tabla.

RETOS	PROPUESTAS DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seleccionar intervenciones de probada eficacia en prevención, factibles y evaluables, que permitan una evaluación del impacto en salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar buenas prácticas en diferentes programas, evaluarlas y difundirlas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hay un mayor número de personas en riesgo de exposición al VIH y otras ITS (sobre todo por el cambio de conductas sexuales entre los jóvenes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejorar y ampliarla cobertura de los programas de educación afectivo-sexual, sobre todo en los preadolescentes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nuevas formas de consumo de drogas entre HSH asociadas a la práctica de sexo (chemsex, slamming) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medir el impacto del fenómeno en nuestro país. Identificar las sustancias mayoritariamente consumidas y adaptar los Centro de Atención al drogodependiente a esta población y fenómeno
<ul style="list-style-type: none"> ▪ TAR (tratamiento antirretroviral): En algunas CCAA no se dispone de esa información, y se estima en función del coste medio del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear un sistema de recogida de información homogéneo para las distintas CCAA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La incidencia de ITS sigue ascendiendo y la comorbilidad entre ITS y VIH es elevada. Aumento del número de casos de VIH e ITS en HSH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualizar la guía de diagnóstico y tratamiento de las ITS y realizar una guía de prevención. Difundirla entre profesionales sanitarios y comunitarios y sensibilizarlos del problema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envejecimiento de la población con infección por el VIH con el consiguiente aumento de las comorbilidades asociadas a la edad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formar a los sanitarios en la comorbilidad asociada al envejecimiento en el contexto de las personas con VIH ▪ Fomentar hábitos de vida saludables que minimicen el impacto de la comorbilidad y el VIH
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retraso diagnóstico: los grupos más afectados por esta situación son las personas infectadas por vía heterosexual y parenteral, las personas mayores, y los inmigrantes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar el diagnóstico precoz en Atención Primaria con la oferta rutinaria de la prueba a personas sexualmente activas entre 19 y 59 años y adecuar las Enfermedades indicadoras de VIH a su contexto. ▪ Fomentar el diagnóstico mediante enfermedades indicativas en ciertas



	<p>especialidades con menos tradición de realización de la prueba</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ampliar las posibilidades de realización de la prueba barajando otras opciones como el autotest
<ul style="list-style-type: none">▪ Falta de información sobre la cobertura y el impacto de los programas	<ul style="list-style-type: none">▪ Mejorar los sistemas de recogida de datos sobre todo en prevención▪ Sistematizar la realización de micro-encuestas on-line sobre diversos aspectos como conductas, alcance de los programas, necesidades percibidas
<ul style="list-style-type: none">▪ Todavía se viven situaciones de Estigma y discriminación para las personas que viven con VIH	<ul style="list-style-type: none">▪ Continuar informando y sensibilizando a la población con otro tipos de medios multimedia como los info-videos, mensajes cortos, infografías▪ Elaborar un documento sobre derechos y deberes de las personas con VIH▪ Recopilar información sobre los casos, a fin de documentar las situaciones para buscar soluciones integrales

El actual Plan Estratégico crea el marco adecuado para llevar a cabo las propuestas de mejora que se realizarán en coordinación con las Comunidades Autónomas, la sociedad civil, las asociaciones profesionales y otros agentes implicados en la epidemia.

Muchas de estas actividades ya están incluidas en el Plan de Acción 2016 y se están desarrollando.



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS
SOCIALES E IGUALDAD

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

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE
LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

VI. APOYO DE LOS ASOCIADOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

NO APLICABLE



VII. SISTEMAS DE VIGILANCIA Y EVALUACIÓN

A. Sistemas de vigilancia

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

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

1) Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH

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

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

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

Sus objetivos principales son:

- cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por VIH y su tendencia en el tiempo
- caracterizar a las personas recientemente diagnosticadas y
- aproximarse al conocimiento de las personas recientemente infectadas.

Desde el año 2000 existe en España un marco técnico y legal para implantar un sistema de notificación de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en coordinación con las Comunidades Autónomas, alcanzándose el 100% de cobertura nacional en 2014. Gracias a ellos se han podido constatar los importantes cambios que se han producido en el patrón de transmisión del VIH, así como la tendencia decreciente de la infección en UDI, la estabilización de los nuevos diagnósticos en heterosexuales y el incremento en HSH en los últimos años aunque actualmente parece estabilizarse.

b) Vigilancia epidemiológica de los casos de sida.

Se realiza mediante el Registro Nacional de Sida que cubre todo el país mediante un sistema descentralizado a través de las CCAA coordinado en el ámbito estatal. Se utiliza la definición europea de caso de sida de 1993. El registro de sida cuantifica la incidencia anual, por sexo, edad, categoría de transmisión y comunidad autónoma de residencia.



Actualmente el Sistema de Notificación de nuevos diagnósticos de VIH y el Registro nacional de Sida se están unificando.

c) Vigilancia centinela de la infección por VIH

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

La vigilancia centinela del VIH en España se compone de las **siguientes actividades**:

- Encuestas de seroprevalencia de VIH en consumidores de heroína y cocaína en tratamiento, en colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).
- Análisis de los resultados de pruebas de VIH voluntarias realizadas en los centros penitenciarios en colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la Dirección General de Servicios Penitenciarios de Cataluña.
- Análisis de los resultados de las pruebas de VIH en las historias clínicas de las personas que acuden a tratamiento a los centros de atención a drogodependientes, en colaboración con la DGPNSD.
- Análisis de los resultados de pruebas de VIH voluntarias realizadas en centros de ITS y de diagnóstico de VIH.
- Análisis de la prevalencia de VIH en pacientes de sífilis infecciosa y gonococia diagnosticados en una red de 15 centros de ITS, así como instituciones penitenciarias.
- Recopilación de los resultados de las pruebas de VIH obligatorias realizados en las donaciones de sangre.
- Estudios de ámbito autonómico de seroprevalencia de VIH en colectivos específicos (UDI, HSH).

d) Monitorización de la mortalidad por VIH/sida

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

2) Vigilancia epidemiológica de conductas de riesgo

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



a) Vigilancia epidemiológica de enfermedades de transmisión sexual

Se realiza a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, centralizándose los datos en el Centro Nacional de Epidemiología, mediante dos sistemas de información: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM). El sistema EDO recoge información numérica sobre los casos de sífilis infecciosa y gonococia y la declaración es obligatoria para todos los médicos que atienden a los pacientes, lo que permite obtener tasas de incidencia en toda España y por CCAA. A partir de 2014 se incorporó al sistema EDO la vigilancia de la *Chlamydia trachomatis* y el *linfogranuloma venereo*, así como la declaración individualizada de *Treponema pallidum* y *Neisseria gonorrhoeae*. La sífilis congénita es objeto de seguimiento a partir de un registro especial.

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

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

b) Vigilancia centinela de la gonococia y la sífilis

Mediante este sistema se recoge información en una red centinela de 15 centros de diagnóstico y tratamiento de ITS. En particular, se obtienen datos sociodemográficos y de conductas de riesgo de los casos diagnosticados de gonococia y sífilis infecciosa. Permite determinar las características de los pacientes con gonococia y sífilis y establecer la relación entre estas enfermedades y el VIH.

3) Sistemas de información de base asistencial

a) Encuesta Hospitalaria

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

b) Conjunto Mínimo Básico de Datos



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

B. Evaluación

La evaluación del Plan Multisectorial 2013-2016, incluye la evaluación continua de ciertos indicadores clave, una evaluación a mediados de periodo y una evaluación final, que estimamos que estará concluida a mediados de 2017.

No obstante los indicadores clave y a mitad de periodo proporcionarán la suficiente información para adoptar los pasos a seguir con respecto a la elaboración de una nueva estrategia o prorrogar la actual, dado que sus objetivos están plenamente vigentes y sus recomendaciones son lo suficientemente amplias para dar respuesta a los nuevos retos de la epidemia que ya están esbozados en el actual Plan.

A lo largo de este informe se ha descrito el panorama actual de la epidemia en España, así como las principales actividades para dar una respuesta eficaz a la epidemia. En la página web del Plan Nacional sobre el Sida podrá obtenerse próximamente información sobre la evaluación del actual Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS 2013-2016.

Madrid, 31 de marzo de 2016