



**SIDASTUDI**  
DOCUMENTACIÓ + PREVENCIÓ

***LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN  
SOBRE VIH/SIDA EN ESPAÑA***

***INFORME ELABORADO POR***

***Jordi Baroja Benlliure***

**FEBRERO 2000**



***Con el apoyo de la Comisión Europea***

## **LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN SOBRE VIH/SIDA EN ESPAÑA**



C/ Bisbe Laguarda, 4  
Barcelona 08001  
Telf: 93 268 14 84 / Fax: 93 268 23 18

Web: [www.sidastudi.org](http://www.sidastudi.org)  
E-mail: [sidastudi@sidastudi.org](mailto:sidastudi@sidastudi.org)

El informe ha sido elaborado por el Departamento de Ediciones de Sida-Studi dentro del Estudio Europeo "Inventario y análisis comparativo de las políticas de prevención estatales sobre VIH/sida en Europa" bajo contrato Act N° SOC 98 201684 05F04.

Ni la Comisión Europea ni ninguna persona actuando en nombre de la Comisión es responsable por el uso que se pueda hacer de la información contenida en el informe.

Este informe ha recibido el apoyo de la Comisión Europea, DG5 (1999) y ha sido coordinado por WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands) y el SPI (Sozialpädagogisches Institut Berlin).

Febrero 2000

## **SUMARIO**

<b>Nota introductoria .....</b>	<b>4</b>
<b>Abreviaturas .....</b>	<b>5</b>

### **Informe sobre las Políticas de Prevención en España**

<b>1.- Breve descripción histórica/cronológica .....</b>	<b>6</b>
<b>2.- Política general sobre el VIH/sida .....</b>	<b>8</b>
<b>3.- Estructura Institucional de la política .....</b>	<b>10</b>
<b>4.- Aspectos legales .....</b>	<b>12</b>
<b>5.- Epidemiología .....</b>	<b>14</b>
<b>6.- Sistema de vigilancia .....</b>	<b>16</b>
<b>7.- Sistema de prevención primaria .....</b>	<b>18</b>
<b>8.- Medidas sociales y económicas de apoyo a las personas seropositivas .....</b>	<b>21</b>
<b>9.- Tratamiento y cuidados sobre VIH/sida .....</b>	<b>23</b>
<b>10.- Coste global de la epidemia VIH/sida .....</b>	<b>25</b>
<b>11.- Investigación sobre conductas de riesgo y cambios de conducta .....</b>	<b>27</b>
<b>12.- Percepción del sistema.....</b>	<b>29</b>

### **Tablas**

<b>1.- Marco legal .....</b>	<b>32</b>
<b>2.- Sistema de prevención primaria</b>	
<b>2.1 Prioridades políticas .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2 Estrategias y programas .....</b>	<b>38</b>
<b>2.3 Rol de los organismos y administraciones .....</b>	<b>40</b>
<b>3.- Campañas oficiales de ámbito estatal (1995-1999) .....</b>	<b>42</b>
<b>4.- Medidas sociales y económicas de apoyo a las personas seropositivas .....</b>	<b>43</b>

<b>Bibliografía del informe. General y por capítulos .....</b>	<b>45</b>
--	-----------

### **Anexos**

<b>1.- Cronología marco legal .....</b>	<b>61</b>
<b>2.- Recopilación de entrevistas para la Percepción del sistema .....</b>	<b>63</b>

**NOTA INTRODUCTORIA**

La realización de un informe sobre la prevención del VIH/sida en España comporta, inexorablemente, la necesidad de generalizar y uniformizar las diferentes políticas y las diferentes realidades presentes en el estado. España es muy heterogénea en todos los sentidos, y en el que tanto las problemáticas como las respuestas ante el VIH/sida, no suponen ninguna excepción. Por tanto, y como toda generalización comporta cierta injusticia, pido disculpas a aquellos/as que no se sientan representados, tanto para bien como para mal.

Las cifras sobre porcentajes y casos sida que aparecen en el informe corresponden a las cifras oficiales a 31 de marzo de 1999. Respecto porcentajes sobre infecciones y casos de seropositividad corresponden a las cifras incluidas en el Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/sida 1997-2000. Cualquier otra cifra aparecida en el texto y que no provenga de estas dos fuentes, ha sido debidamente referenciada.

Quisiera asimismo aprovechar para agradecer a todas las personas que han colaborado de alguna manera en la elaboración del presente informe.

El autor

Septiembre 1999

## **ABREVIATURAS**

- CAD Centro de Atención de Drogodependencias
- CCAA Comunidad Autónoma
- CDC Center of Diseases Control
- CEESCAT Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya
- CESES Centre Euroéen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida
- CNE Centro Nacional de Epidemiología
- ETS Enfermedades de Transmisión Sexual
- FIPSE Fundación para el Avance de la Investigación Española sobre Sida
- HSH Hombres que mantienen relaciones Sexuales con otros Hombres
- IRPF Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas
- KABP *Knowledge, Attittudes, Beliefs and Practices /*  
Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas
- MMCC Medios de Comunicación
- MSM Mujeres que mantienen relaciones Sexuales con otras Mujeres
- OMS Organización Mundial de la Salud
- ONG Organizaciones no gubernamentales
- ONUSIDA Programa de las Naciones Unidas para el Sida
- PIJ Programa de Intercambio de Jeringuillas
- PMM Programa de Mantenimiento con Metadona
- PRR Programa de Reducción del Riesgo
- SEISIDA Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida
- SIDA/sida Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana
- SINIVIH Sistema de Información de Nuevas Infecciones
- UDVP Usuarios de Droga por Vía Parenteral
- VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

### **1.- Breve descripción histórica/cronológica**

A finales de los años 70 y principios de los 80 España era un estado democrático muy joven con ganas de experimentar y disfrutar de las libertades vetadas por cuarenta años de dictadura franquista. En ese contexto se liberalizó de forma importante la conducta sexual y se propagaron con gran rapidez un número importante de drogas que hasta el momento sólo se consumían en círculos muy reducidos. La heroína se difundió entre las clases más bajas y supuso -todavía lo es- un enorme problema socio-sanitario, ayudando a la expansión del VIH.

La primera aparición del VIH/sida en los medios de comunicación españoles, en 1982, notificaba una enfermedad desconocida que afectaba a hombres norteamericanos que mantenían relaciones homosexuales, por lo cual apenas tuvo repercusión. Fue en la primavera de 1983 cuando los MMCC difundieron los primeros casos de sida en España y sobre todo la situación de una niña con hemofilia afectada. En realidad el primer caso conocido y comprobado de sida había fallecido a finales 1981, y posteriormente se pudo estimar la presencia de tres infecciones con anterioridad a 1978.

A pesar de la difusión de alguna información puntual en los MMCC y de la creación en 1983 de una Comisión Nacional de Seguimiento del Sida para controlar el avance de la enfermedad, todavía no se tenía una conciencia de alarma en la sociedad. El sida no se percibía como una amenaza entre la población, simplemente el sentir de la sociedad oscilaba entre la compasión hacia gente con hemofilia y cierta culpabilización hacia el colectivo toxicómano y homosexual. El gran impacto mediático y social se produjo en 1985 con la figura del actor norteamericano Rock Hudson, afectado por el sida y que fallecería al acabar el año.

En 1985 tanto la Asociación Española de Hemofilia como diversas asociaciones de homosexuales empezaron a realizar campañas informativas de ámbito muy limitado y dirigidas específicamente a dichos colectivos. Las únicas campañas que realizó la administración fueron tímidas aproximaciones a los usuarios de droga por vía parenteral (UDVP). En 1987 se llevó a cabo la primera campaña en los MMCC para prevenir nuevas infecciones; estaba dirigida a la población en general y advertía de las prácticas que comportaban riesgo de transmisión. Ese mismo año se legalizó el primer Comité Ciudadano Anti-Sida de España en Madrid, aunque ya funcionaba desde 1984. En dicho Comité se organizó el primer grupo de autoapoyo de enfermos y portadores del VIH. También se crearon en 1987 otras entidades ciudadanas y ONG anti-sida en el País Vasco, Navarra y Cataluña.

El primer marco legal referente al VIH se elaboró de forma urgente y se dedicó al control de las transfusiones con hemoderivados y a la creación de órganos de control de la epidemia como el Registro Nacional de Sida o la Comisión Nacional de Seguimiento (Anexo1: Marco Legal). Durante los primeros años de expansión del VIH los afectados eran tratados en las áreas de Medicina Interna de los hospitales. La atención a los pacientes en esa época es recordada por

muchos profesionales como “conflictiva”, debido a las dudas sobre las vías de transmisión, a la ausencia de tratamientos efectivos y a la propia idiosincrasia de muchos de los enfermos hospitalizados, con antecedentes en el consumo de drogas. Poco a poco muchos pacientes se derivaron hacia las recién creadas Unidades de Enfermedades Infecciosas en las que, a partir de 1987, ya se administraba el primer fármaco antirretroviral, la Zidovudina (AZT). Este fármaco fue el único disponible hasta la aparición en 1990 de la Didanosina (ddI), iniciando la era de la terapia combinada. Desde el comienzo, todos los tratamientos dispensados han sido gratuitos y accesibles para toda la población.

Como hemos indicado, uno de los factores que más ha contribuido a la enorme propagación del VIH en España ha sido el consumo de drogas por vía parenteral. A pesar de lo evidente de esta situación en los años 80, a mediados de esa década todavía se insistía en los programas libres de droga, planteando la abstinencia como única alternativa. Los resultados de esa política y la tardanza en la aplicación de los programas de reducción del riesgo (PRR) han convertido a España en el país europeo con mayor tasa de infección por VIH. La aprobación en 1985 de los tratamientos sustitutivos con opiáceos (metadona) no tuvo los resultados esperados debido a los problemas burocráticos que atrasaron su aplicación y a un suministro muy restrictivo. Una posterior modificación legal en 1990 con respecto al suministro de estos tratamientos, más accesible, amplió de forma considerable el número de usuarios al programa de metadona. En 1988 una Comisión Anti-sida del País Vasco fue la primera en desarrollar un programa de intercambio de jeringuillas (PIJ) y el gobierno de esa autonomía inició el reparto de *kits* entre los UDVP con material de inyección estéril y preservativos. Ya en la década de los 90 se han tomado otra serie de medidas, como el reparto de jeringuillas en unidades móviles o en algunas farmacias. Asimismo se han impulsado recientemente programas de dispensación de jeringuillas en cinco prisiones, pero se sigue demandando por parte de numerosos colectivos la ampliación urgente de estos programas al resto de prisiones españolas.

La política sobre VIH/sida presenta una serie de características que le confieren un estatus especial y prioritario respecto otros problemas de salud. Estas características podrían resumirse en los siguientes puntos: la gravedad de la patología y el volumen de afectados; las vías de transmisión y la necesidad de una actuación preventiva constante; el enorme gasto sanitario y farmacológico; y, finalmente, la estigmatización remanente en la sociedad que impide ver el VIH/sida simplemente como una patología, sin una carga moral añadida. Es evidente que el estado ideal de cualquier problema de salud es la normalización en todos los ámbitos, tanto en el social como en el sanitario o el económico, pero la situación del VIH/sida en España todavía no permite relajarse ni dejar de considerarlo una prioridad de salud pública.

## **2.- Política general sobre el VIH/sida**

Los tres grandes objetivos de la política de VIH/sida en España siguen los establecidos por la Asamblea Mundial de la Salud de 1987. En primer lugar, la prevención de infecciones a través de los Programas de Reducción de Riesgo para las toxicomanías y el fomento de hábitos sexuales saludables, sobre todo en jóvenes. En segundo lugar, la reducción de los efectos negativos del VIH en el ámbito personal y social. Y finalmente, la coordinación de esfuerzos.

La influencia en la fijación de las políticas viene determinado por la estructura del estado español. Como veremos más adelante, la responsabilidad directa en la gestión y planificación de las políticas VIH/sida recae en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). La influencia que pudiera ejercer el gobierno se concentra en la Secretaría del Plan Nacional sobre Sida, con un trabajo de coordinación, supervisión y apoyo. Otras influencias, como la del Parlamento Español o el sistema jurídico son, a nuestro entender, poco relevantes. El cambio político que se produjo en las últimas elecciones generales de 1996, con la victoria de un partido de talante conservador después de 14 años de gobierno socialista, no ha alterado significativamente las políticas seguidas hasta el momento. Se ha seguido la misma línea debido, principalmente, a la continuidad del secretario del Plan Nacional sobre el Sida.

Los grupos vulnerables están representados por ONG y, tanto en el ámbito estatal como autonómico, existen consejos asesores donde se reúnen estas organizaciones con los diferentes responsables políticos. Desde las ONG se observa cierto descontento en este sentido, puesto que demandan una mayor comunicación con la administración pública así como un mayor peso en la planificación de las políticas. Una de las influencias más destacables, entre muchas la encontramos en la jerarquía eclesiástica católica, cuya opinión en algún momento puntual, sobre todo en las primeras campañas de sexo seguro, tuvo cierta relevancia en la sociedad. Actualmente la Iglesia Católica, aun manteniéndose en algunos sectores más conservadores cierta desconfianza ante las campañas de fomento del preservativo, parece desmarcarse de estas políticas, sin que ello conlleve una despreocupación con respecto a la epidemia.

En España no existe ningún marco teórico tras la política general; ésta viene definida muy recientemente a través del *Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/sida, 1997-2000* de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Las diferentes políticas autonómicas siguen las líneas generales mencionadas en el plan estatal, aunque su aplicación pueda diferir en cada CCAA. Serán éstas las que, en función de sus competencias puedan formular, aplicar y evaluar las políticas VIH/sida recogidas del Plan Nacional que, a su vez, va recopilando las recomendaciones de los organismos internacionales. La presencia en foros, como por ejemplo el del ONUSIDA, permite recibir recomendaciones y posteriormente aplicarlas, aunque en algunas ocasiones de forma un tanto tardía, como en la implantación del registro de casos

VIH/sida o de los Programas de Reducción de Riesgo. Aunque hay países que pueden haber influido o fomentado políticas que luego han sido consideradas por España, no se ha tomado ningún país como modelo único a seguir.

El desarrollo de las políticas ha sufrido algunos altibajos desde la creación, en 1983, de la Comisión Nacional de Seguimiento del Sida. Esta comisión tenía como función principal el control y vigilancia de la epidemia. A mediados de los 80 muchas CCAA impulsaron comisiones de seguimiento, y en 1987 se iniciaron las primeras campañas de prevención masivas, así como la transformación de la Comisión Nacional en la actual Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Otro cambio importante en el enfoque de las políticas se produjo a finales de los 80 con el tímido inicio de los programas de reducción de riesgo, rompiendo el monopolio de los programas libres de droga. Desde el 1991 al 1994 hubo un período muy dubitativo en las políticas, reflejado en los continuos y breves recambios en el cargo de secretario del Plan Nacional, alternado con largos períodos sin ningún nombramiento. De esos cuatro años se contabilizan 26 meses sin secretario. A partir de 1994 se estabilizó la situación en el Plan Nacional, con la elección de un nuevo secretario que todavía ostenta el cargo en la actualidad. Esta estabilidad ha coincidido con la influencia determinante de los nuevos fármacos antirretrovirales provocando un nuevo enfoque de la asistencia a los afectados.

La relación que se pudiera establecer entre las políticas VIH/sida y las de otras enfermedades de declaración obligatoria viene determinada por la coordinación de la red nacional de vigilancia epidemiológica y las enfermedades de declaración obligatoria a cargo del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III. Se presta una atención especial al control de la tuberculosis, ya que en España esta enfermedad ha sido indicadora de sida en el 40% de los casos entre 1994 y 1999.

La relación con temas de educación sanitaria se concentra en la enseñanza en la escuela para adolescentes, en los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y de Planificación Familiar, y en los Centros de Atención en Drogodependencias (CAD). Los centros de control de ETS ofrecen de forma sistemática información sobre el VIH/sida (en 1996 el test de detección del VIH era disponible en un 95% de los centros), y en menor medida en los Centros de Planificación Familiar. Finalmente, cabe destacar la vinculación directa entre la educación sanitaria para el colectivo de los UDVP y la prevención del VIH.

La evaluación directa de las políticas de prevención depende de las administraciones autonómicas que son las responsables últimas de la implantación y supervisión de los programas. A nivel estatal la evaluación la efectúa el Plan Nacional, recogiendo datos según unos indicadores que pueden ayudar en la evaluación, y la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida.

### **3.- Estructura institucional de la política**

Las responsabilidades en materia de salud pública dependen de las autoridades de cada una de las 19 Comunidades Autónomas. Los departamentos de salud autonómicos son los encargados de planificar, aplicar y evaluar los diferentes programas que se lleven a cabo. También son responsabilidad de las CCAA las áreas de educación y servicios sociales. A partir de aquí cada autoridad autonómica dispone de un programa de prevención y asistencia del VIH/sida en el que se coordinan las diferentes áreas anteriormente mencionadas. Normalmente, este plan o programa está adscrito a la consejería de sanidad o de bienestar social y tiene como principales funciones: la organización de la recogida de datos epidemiológicos; la planificación, ejecución y evaluación de las campañas y actividades de prevención; y la gestión en la asistencia socio-sanitaria a los afectados.

Las autoridades municipales tienen responsabilidad en higiene pública y pueden llevar a cabo algunas actividades de prevención, aunque de forma puntual y en colaboración con la administración autonómica. La actuación de las ONG se centra en proporcionar información preventiva y asistencia a la población en general y a aquellos colectivos específicos de difícil accesibilidad desde los servicios ofertados por la administración pública, como pudieran ser UDVP o trabajadores/as del sexo. Pueden actuar como asociaciones ciudadanas o bien como grupos de auto-apoyo y desarrollar acciones preventivas tales como charlas y teléfonos de información, intercambio de jeringuillas o promoción del uso del preservativo.

La financiación de los programas y actividades de prevención del VIH/sida proviene de los gobiernos autonómicos y de la administración central, que también se ocupan de dotar de recursos a las ONG y entidades que prestan servicio en este área.

A nivel estatal existe desde el 1987 la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, encuadrada en el Ministerio de Sanidad y Consumo. La actividad de esta Secretaría es elaborar propuestas de actuación en relación con la prevención y el control del VIH/sida y mantener informada a la población general sobre el VIH y su prevención. Existen cuatro subcomités de trabajo: el de prevención, el de asistencia y formación, el de epidemiología, y el de investigación. Otra de las actividades más importantes de la Secretaría del Plan Nacional es la preparación de la Comisión Nacional para la Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida. Esta comisión es el instrumento de coordinación de los programas desarrollados por las administraciones públicas para la prevención y el control del VIH/sida. En reuniones ordinarias se presentan las memorias de actividades de los programas de sida de las CCAA y de varios departamentos de la administración del Estado con alguna vinculación con el VIH/sida: el Ministerio de Educación (programas de prevención en las escuelas), Trabajo y Asuntos Sociales (servicios sociales para la comunidad), Interior (responsable de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y de Instituciones Penitenciarias), y Justicia.

También está presente, entre otros, el Instituto de Salud Carlos III, órgano de apoyo científico-técnico del ministerio y en cuyo seno se acoge el Centro Nacional de Epidemiología, aportando datos procedentes de los registros de sida de las CCAA. No se trata de una comisión de trabajo, pues el amplio número de participantes lo impide, sino de un órgano de planificación, comunicación e intercambio. El secretario de esta Comisión Nacional, reunida en pleno periódicamente, también es el secretario del Plan Nacional sobre el Sida.

La coordinación entre las diferentes CCAA y el Estado se vehicula, como se ha dicho, por la Comisión Nacional. A su vez, los servicios de salud de las CCAA disponen de otro órgano de comunicación e información con la administración del estado, el Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud. En este consejo hay una comisión específica de Evaluación en Proyectos Sida.

A partir de aquí la coordinación entre las diferentes administraciones autonómicas con la administración central y entre los diferentes departamentos de ésta se realiza a partir de programas puntuales o convenios de colaboración. Destaca el convenio firmado en 1998 entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio del Interior) y la Secretaría del Plan Nacional sobre Sida (Ministerio de Sanidad y Consumo) para prevenir la infección en UDVP. Este convenio se enmarca dentro de los objetivos del *Plan Multisectorial de Lucha contra el Sida (1997-2000)*. Las propuestas de este Plan, elaborado por la Secretaría Nacional, pretende corresponsabilizar a las distintas administraciones del gobierno central para así poder integrar prevención, investigación, vigilancia epidemiológica y asistencia socio-sanitaria.

La descentralización de las competencias en materia sanitaria puede comportar, caso de no coordinarse, una innecesaria duplicidad de esfuerzos y una burocratización que podría demorar la aplicación de diversos programas. Una vez analizados diversos materiales de prevención elaborados y editados por las administraciones autonómicas se observan, a nuestro entender, muchas duplicidades, que es un síntoma inequívoco de falta de comunicación. Incluso dentro de las propias consejerías y departamentos de las CCAA se evidencia cierta descoordinación en la implantación o evaluación de estas políticas. Asimismo, se observa una desigual aplicación de las políticas preventivas y asistenciales en el territorio, dependiendo de la sensibilidad que cada gobierno autonómico tenga respecto al VIH/sida.

#### **4.- Aspectos legales**

La aparición del VIH/sida en España no ha comportado demasiadas modificaciones legales para afrontar los diferentes problemas jurídicos derivados. La legislación que estaba vigente con anterioridad a su aparición, así como la elaborada posteriormente ha sido lo suficientemente amplia como para no tener que crear o adaptar una regulación específica respecto al VIH/sida (Tabla 1: Marco Legal). La base del sistema jurídico español, la Constitución de 1978, es un marco amplio que permite defender los derechos de los afectados/as por el VIH/sida. Los principios fundamentales del respeto y derecho a la dignidad de la persona y el de igualdad de todos los individuos impiden cualquier tipo de discriminación por esta causa, incluido los aspectos sanitario, laboral o escolar.

Otro texto referencial del sistema jurídico español es la Ley General de Sanidad de 1986, donde se crea la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes y se incluye, entre otros, el derecho fundamental del consentimiento informado (derecho a recibir información sobre su proceso sanitario, al consentimiento escrito o el derecho a negarse al tratamiento). También se incluye, indirectamente, la obligación del personal sanitario a atender a todos los/las pacientes sin motivo alguno de discriminación.

Uno de los aspectos que merecen especial atención es el de la salvaguarda de la confidencialidad. La Ley Civil considera intromisión ilegítima la revelación de datos privados de una persona o familia, conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela, salvo que se autorice por una ley o se otorgue consentimiento expreso. El sida es en España una enfermedad de declaración obligatoria en la que se garantiza la confidencialidad por las autoridades sanitarias. Su declaración obligatoria no comporta un carácter de tratamiento obligatorio; cualquier paciente puede negarse a recibirlo. Este tratamiento, al igual que la mayoría de prestaciones sanitarias, se dispensa de forma gratuita a todos los afectados. Por lo que respecta a la escasa normativa específica respecto al VIH/sida se abordan aspectos como las pruebas de detección del VIH y las ayudas a los afectados por el VIH.

Entre 1985 y 1987 entraron en vigor un grupo de normas referentes a la obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH en plasma sanguíneo y productos hemoderivados, sobre las donaciones de sangre y en materia de obtención, extracción y transplantes de órganos humanos. Estos son los únicos casos en los que la prueba se realiza de forma sistemática y obligatoria. En cualquier otro caso, ya sea en el ámbito sanitario, laboral, penitenciario o de inmigración, no pueden exigirse las pruebas del VIH, y el resultado positivo de las mismas tampoco podrá ser motivo de discriminación.

La ley de 1993 concede ayudas, bajo determinadas condiciones, a personas con hemofilia y transfundidos afectados por el VIH, bien porque hubieran recibido tratamiento con hemoderivados dentro del sistema sanitario público antes del establecimiento de la

obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH, o como consecuencia de una transfusión sanguínea efectuada dentro del mismo sistema antes de la obligatoriedad de estas pruebas.

Otro tipo de ayuda es la regulación de prestaciones farmacéuticas. Los/las enfermos/as de sida deberán pagar menos que el resto de la población para obtener los medicamentos que necesiten, abonando un 10% del precio de venta al público (exceptuando los específicos para el VIH, que son gratuitos).

El resto de ayudas de las que pudieran beneficiarse los/las afectados/as por el VIH/sida se acogerían a criterios generales y no tendrían un talante específico.

## **5.- Epidemiología**

Dentro de las competencias de cada CCAA se incluyen la confirmación de casos nuevos de sida, la codificación e informatización de protocolos, y el contacto directo con los centros declarantes. Cada región se encarga, pues, de la gestión y aplicación del sistema de recogida de datos epidemiológicos. Después de que cada centro epidemiológico autonómico haya recibido las notificaciones de casos sida de todos los centros declarantes, revisa la correcta cumplimentación por parte de los clínicos de los protocolos de cada caso sida. Se realiza la depuración de datos y duplicidades y se envía una copia al Registro Nacional de Sida. Este registro, creado en 1983 en el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud (Instituto Carlos III), recibe los nuevos casos de las diferentes CCAA y de otras entidades declarantes como la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias, y en reuniones de periodicidad trimestral confirma los casos como nuevos, asignándolos a los correspondientes registros regionales. Cada caso nuevo de sida es asignado a la CCAA donde reside habitualmente el/la enfermo/a. Toda la información del Registro se envía a las distintas CCAA y al Plan Nacional sobre el Sida y se incluye en una página web. También se hace llegar la información a organismos internacionales de control como el Centre Européen pour la Surveillance Epidemiologique du Sida (CESES) y ONUSIDA.

El recorrido es similar en las encuestas de seroprevalencia en poblaciones centinela aunque, debido a sus características, se realiza de forma no tan sistemática como los casos sida. A partir de la información que retorna a los centros epidemiológicos regionales, los diferentes programas de control y prevención de sida de cada una de las regiones se encargan de estudiar los datos y planificar políticas acorde con las conclusiones obtenidas. El esbozar políticas de prevención a partir de los datos obtenidos por el sistema epidemiológico en España es una cuestión harto complicada. Los indicadores que se utilizan (declaración de casos sida, mortalidad y estudios de poblaciones centinela) pueden dar pistas sobre la evolución de la epidemia, pero en ningún caso aportan datos precisos y actuales.

Los datos disponibles en la actualidad sobre casos sida confirman la tendencia a la baja iniciada en 1995. En 1998 la incidencia bajó en un 15% respecto el año anterior, situándose en una cifra de 54.031 casos oficiales de sida desde el inicio de la epidemia, confirmándose el fallecimiento de un 53% de ellos. Este descenso de casos sida no refleja la incidencia actual de las nuevas infecciones, ya que se desconoce esta incidencia, y por tanto no refleja si las políticas de prevención están siendo o no eficaces. Los datos a 31 de marzo de 1999 indican que un 80% de los casos sida son hombres y que la media de edad es de 36 años. La vía principal de transmisión continúa siendo los UDVP, en un 59%, seguida de las relaciones heterosexuales no protegidas con un 18% y relaciones homosexuales no protegidas en un 12%. Respecto a los últimos años se observa una disminución del porcentaje de casos en los

UDVP (en 1994 era del 66%) y un aumento de la vía heterosexual no protegida (en 1994 era del 13,5%). En las mujeres esta vía supone un 35% de todos los casos. Por lo tanto, y a partir de estas cifras, se puede deducir la necesidad de incidir más en la prevención en el colectivo de las mujeres y en la vía de transmisión heterosexual, sin descuidar cualquier otra vía, ni tan siquiera aquellas que pudieran parecer relativamente controladas. De hecho, en las relaciones homosexuales no protegidas, a pesar de haberse reducido la incidencia, el porcentaje de casos sida respecto al total continúa siendo muy parecido al de años anteriores, alrededor del 12%. Todas las cifras expuestas han de contemplarse bajo la óptica de la heterogeneidad del territorio español, tanto por lo que respecta a número de casos como a la vía de transmisión. Las tasas de sida por millón de habitantes varían mucho, a veces llegan a multiplicarse, de una CCAA a otra. La tasa media en España en 1998 se sitúa en 93 casos por millón, y por CCAA las tasas más altas se dan en Baleares, 147; Madrid, 136; y País Vasco, 110; y las más bajas en Aragón, 26; y Castilla-La Mancha, 25. Y dentro de cada región se observan diferencias importantes entre las zonas urbanas -con unas tasas más altas de transmisión en UDVP-, y las zonas rurales. En regiones como Madrid o País Vasco la explicación se debe a la presencia de núcleos urbanos importantes y zonas industrializadas. En el caso de Baleares una de las hipótesis que podrían explicar su alta tasa sería la movilidad de un gran número de población, principalmente joven y concentrada en el periodo estival.

Desde la creación del Registro Nacional de casos Sida no se han producido cambios importantes que pudieran reorientar la tendencia de la epidemiología. Todavía se trabaja con categorías de transmisión (UDVP, Homosexual, Heterosexual...) a la hora de recoger los datos, cuando se podría cambiar por prácticas de riesgo. Lo que se ha ido realizando por parte del Registro Nacional y por los registros regionales es una adaptación a los diferentes cambios propuestos por la Center of Diseases Control (CDC) y la OMS sobre la definición de casos sida. El más importante de ellos, por la repercusión en número de casos, fue la revisión de 1993 y su ampliación de patologías en la lista de enfermedades indicativas de casos sida, principalmente la tuberculosis pulmonar. La aplicación de la nueva definición se hizo de forma prospectiva, y comportó un aumento espectacular de los casos sida en España en 1994, alrededor de un 21%, debido a las elevadas tasas de tuberculosis en el país.<sup>2</sup> A su vez dificultó la comparabilidad con los datos de años anteriores. Este impacto epidemiológico de 1994 tiene cierto parecido con el impacto de 1996-97 debido a la aparición de las nuevas terapias. El descenso de casos vuelve a hacer, de nuevo, incomparables los datos actuales con los anteriores, demandando la necesidad de nuevos datos y enfoques epidemiológicos para conocer el alcance real de la infección. Además este descenso, reflejo de una mejora de la esperanza de vida de los afectados, ha sido utilizado equívocamente por los medios de comunicación para ofrecer una imagen optimista sobre el control de la epidemia, pudiendo perjudicar el impacto de las políticas de prevención.

## **6.- Sistema de vigilancia**

En España el sistema de vigilancia y monitorización a nivel epidemiológico se basa en tres indicadores principales: vigilancia de casos de sida, monitorización de las muertes a causa del VIH/sida, y vigilancia de la infección por el VIH a través de las encuestas de seroprevalencia en poblaciones centinela. El registro de casos VIH está implantado en tres comunidades autónomas (Navarra, Asturias y Rioja) y en proceso de ampliación al resto del estado.

Los registros de casos de sida describen características sociodemográficas, epidemiológicas, clínicas, así como la distribución geográfica y su evolución. El sistema de vigilancia de casos sida está absolutamente descentralizado. Esto conlleva la ventaja de poder tejer una red de vigilancia cercana a la población en general y a los grupos vulnerables, pero también comporta enormes diferencias de recursos materiales y personales entre comunidades autónomas, no siempre justificados por la incidencia de casos en cada región. Pese a los esfuerzos que en este sentido ha llevado a cabo la administración continúa existiendo un retraso en la notificación de casos, que varía según la región. También hay una subnotificación que, según un estudio del CESES<sub>1</sub>, en 1996 se cifraba en un 15%. Por lo que respecta al registro de mortalidad, existe la intención por parte de la administración de cotejar este registro con el de casos sida para poder completar la notificación y estimar la prevalencia. Para poder hacer una estimación de las personas seropositivas en España se trabaja sobre procedimientos retrospectivos o 'back-calculations' y a partir de la obtención de diversos datos de seroprevalencia en población centinela. Siguiendo estas técnicas la administración cifra en unos 140.000 casos seropositivos en España.

La recogida de datos sobre encuestas de seroprevalencia en poblaciones centinela no se desarrolla de forma tan sistemática y uniforme como pudiera serlo el registro de casos sida. En España se trabaja principalmente con UDVP, pacientes de ETS, parejas de seropositivos/as, HSH, mujeres embarazadas, trabajadores/as del sexo, recién nacidos y donantes de sangre. De todo este grupo de poblaciones centinela sólo se reportan en su totalidad los donantes de sangre, cifrándose en 1997<sub>2</sub> una tasa por 100 mil donaciones de 7,5 casos positivos. La prueba del test sólo resulta obligatoria en donaciones de sangre, órganos o semen, quedando excluidas las mujeres embarazadas o UDVP en tratamiento por su toxicomanía, aunque se recomienda de forma sistemática la realización del test en estos dos últimos grupos. Los datos que se conocen en España sobre la seroprevalencia de infección por VIH en poblaciones centinela proceden principalmente de encuestas realizadas por diferentes administraciones sanitarias y por grupos de investigadores. El Plan Nacional sobre el Sida se nutre principalmente de estudios elaborados por los centros epidemiológicos de Cataluña, País Vasco y por la organización Médicos del Mundo. Debido a ello, se puede observar que la información que disponemos sobre la evolución de la epidemia en la población en general y en

los grupos vulnerables es muy dispar según la región. Además, los diferentes centros regionales epidemiológicos suelen utilizar distintas metodologías para sus estudios y son muy puntuales, sin un planteamiento de continuidad en los estudios en años sucesivos. Tampoco se dispone de una red de laboratorios de referencia. Por estos motivos el Plan Nacional sobre el Sida pretende impulsar estrategias de vigilancia en poblaciones centinela utilizando metodologías estandarizadas, con correcta representatividad geográfica y repetidas periódicamente. Se han empezado en los últimos 2 ó 3 años diferentes estudios en centros epidemiológicos regionales intentando seguir las directrices del Plan Nacional, ya sea recopilando información de pruebas voluntarias (UDVP, centros de ETS y embarazadas) o a través de encuestas de anónimos no relacionados (recién nacidos y pacientes de consultas de ETS y pacientes de Atención Primaria).

Para solventar este déficit en el conocimiento de la evolución real del VIH se está empezando a implantar un Sistema de Información de Nuevas Infecciones (SINIVIH), con carácter anónimo. Este registro de casos VIH, consensuado entre el Ministerio de Sanidad y las CCAA pasará a formar parte del Programa Estatal de Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida, junto con el Registro Nacional de sida y las encuestas de seroprevalencia en poblaciones centinela. Cada administración regional decidirá si desea o no implantar este sistema y cómo quiere realizarlo. Actualmente ya existe un registro de este tipo funcionando en tres comunidades autónomas, aunque con un sistema de notificación de casos nominal. El resultado del sistema es todavía una incógnita y no está exento de polémica y desconfianza por parte de muchas ONG, principalmente por lo que respecta a la salvaguarda de la confidencialidad de los datos.

En España no existe un sistema organizado de monitorización de conductas de riesgo. Los especialistas coinciden tanto en la necesidad de dichos estudios para conocer el impacto y la dirección de las intervenciones preventivas, como en la escasez en la implantación de un sistema de vigilancia conductual. No se recoge la información de forma continuada, existiendo estudios puntuales de mayor o menor envergadura, llevados a cabo por alguna administración sanitaria, universidad, o inseridos en encuestas periódicas a la población en general.

Un estudio realizado por la Sociedad Española de Epidemiología (1996)<sup>3</sup> revelaba ciertas lagunas respecto a la escasez de recursos con la que se encontraban los investigadores, así como el escepticismo de éstos respecto a la utilidad de su trabajo a la hora de planificar políticas preventivas.

### **7.- Sistema de prevención primaria**

A pesar de la variedad de programas autonómicos de sida, todos presentan una misma prioridad política respecto a la prevención primaria, recogida en el Plan Nacional sobre el sida: el cambio o modificación de conductas de los ciudadanos y en especial de las prácticas que conllevan mayor riesgo. (Tabla 2.1, 2.2, 2.3: Prevención Primaria) La atención principal se centra en los/las UDVP y en la población en general, sobretodo jóvenes y adolescentes. Según nuestra opinión, una de las principales dificultades con la que nos encontramos a la hora de poner en práctica esta política es la ausencia de pautas fiables sobre las que basar las estrategias de prevención. En principio estas pautas deben ser los datos obtenidos a través de la vigilancia epidemiológica, los datos sobre estudios conductuales y la evaluación y seguimiento sistemático de las intervenciones. En el apartado de epidemiología y sistema de vigilancia hemos observado la falta de datos epidemiológicos sobre seropositividad y estudios conductuales. España también adolece de una falta de evaluación sistemática en la mayoría de proyectos que se llevan a cabo, ya sea por parte de las instituciones públicas como de las ONG. Aún así no podemos decir, ni mucho menos, que las políticas preventivas se planifiquen a ciegas, pero sí con un conocimiento sesgado de la evolución de la epidemia y del impacto real de las estrategias preventivas. Otro problema a la hora de aplicar la política es la descoordinación entre y dentro de las administraciones, ya descrita con anterioridad. Finalmente hay una coincidencia general en la necesidad de ampliar los recursos destinados a prevención, tanto hacia las diferentes administraciones autonómicas, como hacia las ONG para mejorar sus actividades y aumentar el nivel de profesionalización, muchas veces discutido.

Si hay un grupo especialmente vulnerable respecto al VIH en España, éste es el de los UDVP, suponiendo el 59% de los casos de sida. Esta cifra se explica por la tardía aplicación de los Programas de Reducción del Riesgo (PRR) y la complejidad a la hora de abordar el colectivo. Ahora, cuando se están implantando cada vez de forma más generalizada el suministro de metadona y el intercambio de jeringuillas, se evidencia la desconexión entre este colectivo y la red sanitaria, así como las dificultades en la aceptación social de la drogadicción. Las ONG cumplen un papel determinante en la aproximación a este colectivo y la mayoría de PIJ son llevados a cabo por estas entidades. A pesar de las dificultades, parece disminuir la vía parenteral de consumo, aumentando la inhalada y disminuyendo el riesgo de transmisión.

Enlazado con los UDVP, hay que subrayar la gravedad de la situación en las cárceles españolas. Según cifras oficiales<sup>1</sup>, el 22,7% de los presos podrían estar afectados por el VIH, aunque desde las ONG se cree que el número puede ser muy superior. La responsabilidad en la gestión recae en la administración y en las instituciones penitenciarias. Las medidas de prevención llevadas a cabo en los centros penitenciarios han sido escasas y tardías, básicamente centradas en la administración de metadona. A pesar de los esfuerzos por parte

de múltiples entidades (abogados, farmacéuticos, ONG, sanitarios...) para conseguir la distribución de jeringuillas en los centros, la administración no la está llevando a cabo (por ahora sólo se ha realizado programas piloto en las cárceles de Basauri y San Sebastián, en el País Vasco; de Pamplona, en Navarra; y de Orense, en Galicia).

El otro grupo más vulnerable en España es el de los/las jóvenes. La aproximación principal se debería realizar, según las diferentes administraciones, a través de la escuela. Pero en la práctica hay importantes dificultades como puedan ser las lagunas en la formación de los profesores o la introducción de la educación sexual como una materia transversal (ha de ser abordada desde diversas asignaturas) y no como una asignatura propia. Cada centro tiene independencia en su aplicación y en un currículo saturado, se pasa superficialmente o se deja de lado la educación en esta materia. Además la enseñanza es obligatoria en España hasta los 16 años, a partir de esta edad apenas hay estructuradas formas de aproximación a los jóvenes, aparte del abordaje generalizado a través de las campañas masivas, principalmente de fomento del preservativo.

Las estrategias para llegar a la población en general también se basan en campañas masivas a través de los medios de comunicación y otros soportes, centrandó el mensaje en contrarrestar la idea de grupos de riesgo, muy implantada en España. Normalmente la difusión de información se concentra, casi en su totalidad, en el Día Mundial del Sida (1 diciembre). Recientemente el Plan Nacional sobre el sida ha llevado a cabo campañas en periodos estivales, pero se sigue opinando desde las ONG y otros colectivos que la información del VIH/sida es muy poco constante. También se tiene esa opinión en asociaciones de mujeres. Las mujeres suponen el 20% de los casos totales de sida, y está aumentando en los últimos años principalmente por vía heterosexual. La prevención se ha desarrollado normalmente a través de campañas a la población en general, sin ser específicas en este colectivo. Así, y junto a campañas específicas se ha demandado una mayor concienciación por parte los servicios sanitarios ginecológicos.

El colectivo de HSH ha desarrollado sus propias estrategias de aproximación y prevención del VIH, basadas en el contacto directo y en la difusión de información en locales o centros de ocio. A pesar del esfuerzo realizado por las asociaciones de HSH/MSM y ONG y de los importantes logros conseguidos en todos estos años de trabajo, hay la sensación dentro del colectivo de una cierta relajación por lo que respecta al uso de medidas de prevención. Otro grupo que dispone de sus propios mecanismos de información (cursos, edición de pósters, trípticos...) es el de los profesionales de salud, con una mayor generalización de las precauciones universales en todos los centros sanitarios.

Los/las migrantes suponen un grupo cada vez más importante en España, y la falta de acceso de este colectivo a los servicios de promoción de la salud y a la información sobre el VIH/sida puede crear, a corto o medio plazo, un problema de gran magnitud.

Finalmente, y respecto al colectivo de trabajadores/as del sexo, cabe destacar el aumento de programas 'outreach' o de calle, llevados a cabo mayoritariamente por las ONG. La promoción de prácticas de sexo seguro, fomentando el uso del preservativo, es el eje central de las actuaciones de estos programas por lo que respecta a la prevención. En ese sentido destacan interesantes campañas para desarrollar habilidades comunicativas en la negociación y planteamiento del preservativo por parte del trabajador/a del sexo hacia el/la cliente. La tasa de infección por VIH de este colectivo presenta grandes diferencias según sean o no UDVP, variando desde de 1-4%(no UDVP) al 50% (UDVP o ex –UDVP).

Gran parte de las acciones y programas preventivos en los diferentes colectivos son desarrollados por las ONG con el apoyo económico de las distintas administraciones. La actividad preventiva respecto al VIH/sida de la red sanitaria de Atención Primaria ha sido bastante escasa en España, aunque cada vez está adquiriendo más importancia. Desde el inicio de la epidemia la red sanitaria se ha centrado, casi con exclusividad, en la actividad asistencial hospitalaria a los afectados.

Las campañas de información en los medios de comunicación y otros soportes, han sido llevadas a cabo por las administraciones centrales, autonómicas y, en algunos casos, por ONG. Desde 1988 el Plan Nacional sobre el Sida ha ido realizando campañas en los medios de comunicación, evaluadas posteriormente a través de post-test telefónicos.(Tabla 3: Campañas estatales) Este método de evaluación sólo nos ofrece información sobre el número de impactos y la percepción de la campaña. Los mensajes de las campañas se han centrado en el fomento del uso del preservativo como método de prevención del VIH y en el intento de favorecer conductas positivas y no-discriminatorias ante los afectados por la epidemia. En los últimos años se intenta conectar con el lenguaje y la estética juvenil y potenciar el papel de la mujer en la negociación del preservativo y de su sexualidad.

La descripción del talante general de la prevención primaria en España es difícil debido a la variedad de aproximaciones y de mensajes lanzados a los colectivos vulnerables y a la población en general. La prevención se ha enfocado como un problema de salud pública y la información, básica en los primeros años de evolución de la epidemia, ha ido dejando paso a mensajes más persuasivos.

### **8.- Medidas sociales y económicas de apoyo a las personas seropositivas**

Las prioridades descritas en el Plan Nacional sobre el Sida al respecto son de carácter muy general. Inciden en el cúmulo de problemáticas que se concentran en gran parte de los afectados debido a su relación con las drogodependencias. Problemas sociales como desempleo, situación familiar compleja, escasa escolarización, nivel cultural bajo, pobreza, marginación e infravivienda comportan una gran dificultad a la hora de tejer una red social que pueda dar respuesta a sus demandas. Por tanto se considera, desde las diversas administraciones, la inconveniencia de establecer programas de atención social específicos para las personas seropositivas, englobando cualquier tipo de actuación en un marco más amplio de atención a la marginación o a colectivos desfavorecidos. A partir de ahí se consideran como prioridades: el impulso de una infraestructura de servicios sociales de base que aborde el problema de manera coordinada con los servicios de Atención Primaria de salud; la potenciación de las medidas destinadas a la reincorporación y reinserción de los afectados a la vida laboral y mejorar la coordinación con las ONG que desarrollan trabajo asistencial en el área social. (Tabla 4: Medidas sociales y económicas)

En esta área hay muchas administraciones implicadas. Las corporaciones locales o ayuntamientos son los encargados de ofrecer y gestionar los servicios sociales básicos: los centros de día, casas de acogida, ayuda a domicilio o centros de reinserción socio-laboral. La red social dispuesta por los ayuntamientos varía en función de los presupuestos municipales y del grado de desarrollo de los servicios sociales. Los municipios pueden gestionar directamente los servicios o pueden establecer convenios con entidades religiosas o ONG.

A un nivel administrativo superior se encuentran las CCAA. Éstas tienen las competencias en la asistencia social, es decir, en la dispensación de servicios y auxilios económicos que se consideren precisos en situaciones de necesidad. La tarea principal de las consejerías de bienestar social de las CCAA es velar por el correcto funcionamiento de la red social y gestionar ayudas económicas en situaciones de necesidad.

A nivel estatal el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del Instituto Nacional de Seguridad Social, dispone de las prestaciones económicas del sistema público. También gestiona un porcentaje del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), el 0,52%, y lo destina a subvenciones de interés social. Dentro de los programas subvencionables se encuentra el de personas afectadas por el sida y el de problemáticas de drogodependencia. La administración prioriza en estas ayudas a entidades sociales u ONG para el desarrollo de los programas de casas de acogida de larga y corta estancia, ayuda a domicilio, y apoyo a las familias con personas afectadas por el sida. La mejora en la esperanza de vida de los/las afectados/as debido a los avances médicos ha generado una mayor demanda de los servicios, principalmente centros de día, casas de acogida y centros de inserción laboral. La tendencia

actual es fomentar las casas de acogida de larga o media duración en detrimento de las casas de enfermos en fase terminal. Estas casas de acogida presentan, en muchas ocasiones, listas de espera importantes o unos criterios de acceso que pueden llegar a excluir a una parte importante de la población seropositiva drogodependiente o en situación marginal.

Por lo que respecta a los centros de día, apenas hay específicos para VIH. Las problemáticas que se mezclan en muchos de los casos (seropositividad, toxicomanía, enfermedades mentales, sin recursos económicos...) hace que las personas vayan de un servicio a otro sin obtener una atención integral (Centros de Atención a Drogodependientes, Centros de Atención Primaria o centros de día VIH/sida). Esas mismas problemáticas dificultan el acceso a los diferentes talleres o centros de inserción socio-laboral existentes en España.

Las medidas económicas de apoyo a las personas seropositivas tampoco son exclusivas para este colectivo (exceptuando las ayudas a hemofílicos y los descuentos en la medicación, ya mencionados en los aspectos legales). A la persona enferma de sida se le puede diagnosticar, a partir de un informe médico, un determinado grado de invalidez, según el cual recibe la pertinente prestación económica. Algunas de ellas tienen un carácter contributivo, es decir, se realiza un cálculo sobre años cotizados y la suma a percibir dependerá del grado de invalidez y de la base salarial. Otro tipo de prestación es la no contributiva y tiene un carácter de auxilio económico, ya que se concede a aquellas personas que no han tenido ningún tipo de ingresos y con una invalidez superior al 65% (para poder recibir la totalidad de la prestación). Estas ayudas no contributivas, muy frecuentes entre las personas seropositivas toxicómanas o ex toxicómanas, son de alrededor de las 38.000 ptas. mensuales. El estado de "invalidez" comporta algunos descuentos en transporte o la gratuidad en la medicación. Este tipo de prestaciones económicas (contributivas y no contributivas) son susceptibles de revisión y en los últimos años se han retirado algunas por considerar que el estado del enfermo había mejorado y ya no superaba el grado de invalidez mínimo requerido. Estos casos han sido motivo de alarma entre los afectados y diversas entidades que trabajan en campo del VIH/sida.

Es un hecho innegable, desde el punto de vista del autor de este informe, que la red de atención social en España no es capaz todavía de proporcionar una atención integral a aquellas personas seropositivas o con sida en situaciones de precariedad y marginación. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, la falta de un enfoque global respecto a las problemáticas sociales -a las que se añadió el VIH- ha provocado en muchas ocasiones una descoordinación y un déficit de servicios importante.

### **9.- Tratamientos y cuidados sobre VIH/sida**

La política nacional respecto los tratamientos y cuidados se basa en el derecho de todos los ciudadanos a la sanidad pública. A partir de este principio y de la estructura del Sistema Nacional de Salud se articularán los servicios sanitarios que se ofrecen a las personas seropositivas y enfermas de sida. Para organizar los tratamientos y cuidados que dispensa se toman en consideración las diferentes recomendaciones tanto del Plan Nacional sobre el Sida a través del Consejo Asesor Clínico, como de las diferentes consejerías de sanidad de las CCAA. Desde el Sistema Nacional de Salud se garantiza el acceso al tratamiento combinado con fármacos antirretrovirales a todos/as los/as enfermos/as, así como la disponibilidad de la prueba de carga viral en toda la red asistencial. En 1997<sup>1</sup> el 92,5% de los centros disponían de carga viral como prueba de laboratorio de rutina, porcentaje que aumentaba al 96,6% en los hospitales con unidad de VIH. El objetivo es mantener la actualización tecnológica de la red sanitaria especializada para asegurar una asistencia adecuada a los/as pacientes afectados/as por VIH/sida. El seguimiento sanitario de estos/as pacientes se vehicula a través de los diferentes centros y de la atención domiciliaria.

La asistencia especializada hospitalaria puede efectuarse a través de consultas externas, unidades de enfermedades infecciosas, unidades de cuidados paliativos, o bien de hospitales de día. La presencia de éstos ha proliferado en los últimos años y, según la encuesta de recursos de 1997, el 52% de los centros analizados disponía de hospital de día. Asimismo se constató que sólo un 7% de los/las pacientes se atendieron en este tipo de servicio, mientras que un 59% se beneficiaron de la consulta externa.

Los hospitales de día son centros de referencia para el/la paciente donde éste puede recibir una asistencia sanitaria especializada intensiva, ya sea para diagnóstico, tratamiento y profilaxis, controles clínicos y educación sanitaria. La organización de estos hospitales varía enormemente. Los hay específicos para pacientes afectados por el VIH, compartidos con oncología, hematología, o con enfermedades infecciosas.

Dentro de la educación a los/las pacientes se está fomentando desde los centros hospitalarios la adhesión a los tratamientos. En esta línea se contemplaría la creación de unidades de cumplimiento terapéutico, las campañas iniciadas por el Plan Nacional sobre el Sida y diversos programas llevados a cabo por ONG. Los/las pacientes asintomáticos/as deben acudir regularmente al servicio de farmacia del hospital público de referencia para obtener los fármacos antirretrovirales y para las visitas de seguimiento, normalmente trimestrales.

La asistencia a través de los centros de Atención Primaria de salud es otra de las prioridades del Plan Nacional sobre el Sida. La mayor esperanza de vida de los afectados ha provocado, lógicamente, una mayor demanda de recursos sanitarios orientados más a la atención comunitaria que a la hospitalaria. El seguimiento farmacológico y de tratamiento específico

para el VIH está vedado, debido a su complejidad, a la Atención Primaria de salud. Estos centros no pueden prescribir fármacos antirretrovirales ni pedir la realización de la prueba de la carga viral (se puede solicitar cualquier otro tipo de prueba, incluida la determinación de CD4 o el test de detección). Sus funciones, pues, se centrarían en la prevención de nuevas infecciones, el seguimiento del/la paciente asintomático, de las enfermedades oportunistas, y en la educación sanitaria. Pero a pesar de la presencia más importante de material dirigido a los/las profesionales de este ámbito y a los cursos de formación, hasta el momento no se aprecia una implicación de este servicio sanitario, lo que crea un vacío asistencial. La actitud un tanto reticente por parte de algunos/as profesionales a este tipo de pacientes o la falta de coordinación entre Atención Primaria y especializada son algunos de los motivos esgrimidos que pudieran explicar la falta de implicación de los servicios comunitarios o primarios de salud.<sup>2</sup> La atención domiciliaria puede realizarse a través de unidades de hospitalización domiciliaria, programas de Atención Primaria, o entidades y ONG. Muchos de estos programas se incluyen en otros de ámbito más general para la atención de enfermedades crónicas, aunque también los hay específicos para pacientes con el VIH/sida. El número de actuaciones en este tipo de atención está aumentado considerablemente y es intención de la administración el potenciarlas todavía más.

En líneas generales no hay obstáculos en la accesibilidad a los tratamientos y cuidados, más allá de los generados por razones geográficas (lejanía de los centros hospitalarios de referencia). Todos los ciudadanos tienen acceso a los servicios mencionados, a excepción de los inmigrantes en situación ilegal. En este caso, como vimos en el marco legal, sólo se atenderán en casos de emergencia. Aun así, existen entidades capaces de dar una atención más o menos regular a este colectivo.

Por lo que respecta a los/las UDVP su aproximación a la red sanitaria todavía constituye un reto para la administración y para la sociedad. Su asistencia se concentra en los Centros de Atención para Drogodependientes (CAD). Estos centros, que acogen sólo a una parte de los /las UDVP, mantienen una relación un tanto al margen del resto de servicios de la red sanitaria. Esta relación se debe, en parte, a su propia idiosincrasia y, en parte, a una falta de coordinación. Ha sido muy debatido el seguimiento de los tratamientos antirretrovirales en este colectivo. Son numerosos los casos en los que no se administran los fármacos a los UDVP o exUDVP, al considerar que existe un bajo nivel de adhesión a ellos. Una adhesión que tiene sus cimientos en la satisfacción total de las necesidades básicas de la persona, no siempre cubiertas en este colectivo.

### **10.- Coste global de la epidemia VIH/sida**

La financiación de la prevención proviene casi en su totalidad de los fondos públicos de las diferentes administraciones. La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida dispone, a través de los presupuestos generales del Estado, de una partida económica específica para la prevención del VIH. Desde 1998, primer año de implantación del *Plan de Movilización Multisectorial 1997-2000*, se transfiere un tercio de este presupuesto a los planes autonómicos de sida. Estos disponen también tienen su propio presupuesto, al que añaden la ayuda económica de la administración central.

A estos recursos económicos, fácilmente contabilizables, habría que añadir otros que también pueden contribuir a la prevención del VIH/sida, aunque son más difíciles de valorar. Entre ellos encontraríamos los recursos que destina la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los diferentes planes autonómicos en fomentar las políticas de reducción de riesgo estrechamente ligadas con la prevención del VIH/sida. También los recursos directos o indirectos que puede destinar cada Ayuntamiento o Diputación a proyectos específicos en este campo. Por lo que respecta a las ONG de servicio en prevención, aunque la mayoría se nutren de las subvenciones de la administración pública, algunas cubren parte o la totalidad de su presupuesto con recursos privados. Y finalmente, también habría que añadir el dinero que puedan destinar fundaciones privadas.

Por el momento no se ha elaborado un estudio en profundidad que cuantifique el gasto global de la prevención en España y debemos basar cualquier aproximación en las partidas específicas de los planes sobre el sida.

*El Plan de Movilización Multisectorial 1997-2000* impulsado por el Plan Nacional sobre el Sida ha comportado una importante inyección económica respecto a los presupuestos de los años anteriores. Así, y según los Indicadores del Plan si en 1997 el presupuesto anual del Plan Nacional fue de 794 millones, en 1998 fue de 2.012 millones, y en 1999 de 2.027 millones. Este aumento económico tan importante, hasta de un 300% con respecto a 1997, ha venido acompañado de ciertos cambios en su distribución. Antes de la implantación del *Plan de Movilización Multisectorial 1997-2000* no se concedían ayudas económicas de forma sistemática a las CCAA y en la actualidad se transfiere hasta un tercio del presupuesto a los planes autonómicos de sida (a excepción de las comunidades de Navarra y País Vasco, con un régimen económico distinto). Se transfiere un mínimo de 10 millones de pesetas por autonomía y el resto se reparte a partir de un cálculo en el que se considera el número de casos acumulados de sida en los dos años anteriores y la población actual de cada CCAA. En 1999, Madrid y Cataluña con 125 millones de pesetas, y Andalucía, con 116, son las que más fondos han recibido, mientras que Baleares se sitúa en decimoprimer lugar con poco más de 25 millones (supuso el 3,5% de los casos de sida nacionales en 1998).

Además del tercio transferido (unos 770 millones de pesetas) se destina un 7,5% (153 millones) a las ONG que trabajan en prevención y apoyo psicológico. Los criterios de concesión de subvenciones por parte de la administración central tienden a favorecer proyectos supra-autonómicos, mientras que se dejan las ayudas a los de ámbito más local o regional a cargo de las CCAA. Estas destinaron durante 1997 la suma de 259 millones para las ONG.

Para la realización y difusión de la última campaña de prevención de ámbito estatal, 'Por ti, por mí', se ha dedicado un 22% del importe total (450 millones). El gasto de la campaña de 1999 dobla a la del año anterior.

Para finalizar con la distribución del presupuesto de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida hay que mencionar las partidas destinadas a financiar los convenios con otros departamentos y instituciones, y a fomentar actividades de educación para la salud con del Ministerio de Educación y Cultura. Asimismo se incluye en "prevención" el pago de ayudas sociales a enfermos afectados por el VIH por tratamiento con sangre o hemoderivados.

Por lo que respecta al ámbito autonómico los últimos datos disponibles son de 1997 y la suma de los presupuestos de los planes sobre sida de las CCAA ascendía a 700 millones (gastos de personal incluido). Como se ha comentado anteriormente, a los presupuestos que cada gobierno autonómico haya destinado a su plan regional en los dos últimos años se añade el dinero transferido por el Plan Nacional.

En 1999 se debe destacar la creación de la Fundación para el Avance de la Investigación Española sobre el Sida (FIPSE). Esta fundación ha sido creada por el Ministerio de Sanidad en colaboración con varias compañías farmacéuticas. El capital fundacional ha sido de 90 millones y el presupuesto anual que se destinará a actividades y financiación de proyectos será de 500 millones de pesetas. Se dará prioridad a los estudios interdisciplinares en investigación básica, clínica, epidemiológica, preventiva, económica y social.

En líneas generales y con las reservas derivadas de la falta de datos globales, se puede destacar un aumento importante en los recursos destinados a la prevención del VIH/sida en los últimos dos años. Aún así, la diferencia entre estos recursos y los que se destinan hacia los tratamientos antirretrovirales y la asistencia continúa siendo enorme. Por supuesto, no son presupuestos que deban competir entre sí o priorizarse el uno ante el otro, pero resulta significativo que el gasto en prevención, si lo estimamos en 2.500 millones de pesetas anuales, resulte un 8,3% respecto el gasto en tratamientos antirretrovirales (30.000 ptas. al año según estimaciones del Ministerio de Sanidad). Y un 1,7% respecto el gasto total en la asistencia a los afectados, unos 142.000 millones (112.000 millones de asistencia sanitaria<sub>1</sub> más 30.000 millones de tratamiento).

### **11.- Investigación sobre conductas de riesgo y cambios de conducta**

En España no se han efectuado encuestas de Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas (KABP: Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices) de forma sistemática. La inexistencia de este tipo de estudios se debe a que requiere una importante inversión económica y una planificación a largo plazo. Se llevan a cabo, principalmente, estudios puntuales basados en el conocimiento de las prácticas de riesgo. Este tipo de información, obtenida partir de registros sistemáticos y encuestas a grupos específicos o a la población en general, resulta útil para conocer las características de las conductas de riesgo. En el caso de la transmisión sexual se obtienen datos sobre número de parejas, tipo de prácticas sexuales o la utilización del preservativo. Por lo que respecta a la transmisión sanguínea entre UDVP, se recopila información sobre las pautas de consumo (inhalada o parenteral, uso compartido del material de inyección...). La principal limitación de estos estudios es el desconocimiento del contexto en el que se producen los comportamientos y cómo estos pueden ser modificados. En España se desconoce este contexto y, por tanto, no sabemos el impacto real de las intervenciones realizadas ni podemos prever la evolución futura para anticipar medidas. Se necesitaría lo que algunos autores han llamado "humanización"<sup>1</sup> de la epidemiología, a fin de superar el mero enfoque cuantitativo. Es decir, tener instrumentos de evaluación conductuales, fiables y válidos que consideren aspectos contextuales y grupales a través de un dispositivo paralelo psicosocial o comunitario. Este enfoque epidemiológico nos permitiría aproximarnos a aquellos colectivos de difícil acceso y que no acuden a los servicios socio-sanitarios.

Otras limitaciones importantes a la hora de enfocar estudios sobre cambios de conducta y conductas de riesgo en España es la falta de continuidad en la repetición de encuestas, y la dificultad en la comparación de las mismas; pueden apreciarse diferencias en la definición de las variables, en los períodos de referencia o en la selección de la muestra.

Normalmente los estudios específicos sobre VIH son llevados a cabo por centros de investigación privados, universidades, centros epidemiológicos de ámbito autonómico o estatal, institutos de salud pública y ONG. En la mayoría de casos los trabajos han sido realizados a nivel local y, por tanto, con una escasa representatividad de la situación global. Los datos de las encuestas a la población general, a pesar de llegar poco a los grupos más expuestos, ofrecen información sobre la conducta sexual de la población española, y especialmente respecto a las conductas de riesgo para la transmisión del VIH. Una de estas encuestas, la llevada a cabo por el Plan Nacional sobre Drogas en 1996<sup>2</sup>, ha sido referenciada con frecuencia por el volumen de la muestra y su fiabilidad. Se incluyeron unos indicadores para evaluar los riesgos de infección por el VIH. Las principales conclusiones a son las siguientes: el 36,6% de la población española mayor de 14 años no tuvo ninguna pareja sexual durante los últimos doce meses, el 57,3% tuvo una, y el 6,1% más de una. Por lo que respecta al uso del

preservativo, un 43,3% de hombres y un 28,1% de mujeres lo utilizaban sistemáticamente en contactos ocasionales. Si se trataba de contactos con pareja estable, los hombres lo utilizaban en un 27,9% y las mujeres en un 23,3%. Este último porcentaje era muy variable con la edad, y los menores de 20 lo utilizaban en un 62,2%. En este sentido, son destacables los resultados de unos estudios desarrollados por las universidades de Barcelona<sup>3</sup> y de Vigo<sup>4</sup> en los que, a través de encuestas a estudiantes universitarios, se comprobaba la falsa sensación de seguridad si las relaciones sexuales se mantenían con la pareja, frente a las relaciones sexuales causales, a pesar de que la mayoría de jóvenes seguían el proceso de monogamia seriada en sus relaciones afectivo-sexuales. Otra conclusión importante del estudio fue que la percepción del riesgo es imprescindible, aunque por sí sola no es suficiente para que se dé la utilización de medidas preventivas ante la infección del VIH.

Los datos disponibles sobre conductas de riesgo en relaciones homosexuales son muy escasos. Del 1993 al 1995 se aprecia un aumento del uso del preservativo del 63% al 81%.<sup>5</sup>

Los estudios en el colectivo de UDVP han sido realizados principalmente por tres entidades: el CEESCAT de Barcelona, el Plan de Sida del País Vasco y la asociación Médicos del Mundo. Alrededor de un 29% de UDVP<sup>6</sup> utilizan el preservativo con pareja estable y destaca el notable aumento de uso con pareja ocasional desde el 36% en 1993, al 63% en 1996<sup>7</sup>. La vía de consumo de heroína ha sido estudiada de forma importante en los últimos años, concluyendo un aumento cada vez más importante de la vía inhalada, a excepción del noreste del país. En un estudio comparativo entre ciudades españolas<sup>8</sup> las diferencias en la vía de consumo eran enorme, oscilando del 77% inyectado en Barcelona al 24% en Sevilla y Madrid, predominando en estas dos últimas ciudades la vía inhalada. Estas diferencias no se explicarían tanto por una diferente percepción del riesgo sino por diferencias culturales o del tipo de droga que circula en el mercado. Estudios realizados a cabo en Barcelona indican la disminución en el uso compartido de material de inyección<sup>9</sup>. En 1993 un 57% de los UDVP aceptaba jeringuillas usadas, por un 30% en 1996.

Otros indicadores que podrían ayudar a percibir cambios de conducta son los de aprovisionamiento de jeringuillas o de preservativos. En 1997 se distribuyeron 1.625.000 jeringuillas en los 166 PIJ llevados a cabo en España<sup>10</sup>. Ese mismo año, en el estudio piloto de PIJ en la prisión de Basauri se dispensaron 5.250 jeringuillas. Los datos sobre el aprovisionamiento de preservativos facilitados por las empresas fabricantes y distribuidoras son muy globales. Se estima que entre junio de 1995 y junio de 1996 la disponibilidad media de preservativos por cada persona sexualmente activa (15-49 años) era de 8,5.<sup>11</sup>

## **12.- Percepción del sistema**

A través de una serie de cuestionarios se han recogido las diferentes percepciones de profesionales y personas vinculadas con el VIH/sida sobre el sistema de prevención en España (Anexo 2). Las opiniones recogidas en los diferentes cuestionarios son, en líneas generales y según la opinión del autor del informe, coincidentes y/o complementarias en la mayoría de casos. En pocas ocasiones se muestran opiniones divergentes. Y esta tónica general se mantiene aun por encima del ámbito profesional al que pertenezca el/la entrevistado/a (instituciones oficiales, instituciones privadas y ONG).

La opinión es unánime a la hora de certificar los cambios en la percepción general del VIH/sida. Se destaca la mayor información de la población en general y también de grupos vulnerables como el de los/las UDVP o los/las jóvenes. Por consiguiente se aprecia menos discriminación hacia los afectados y una visión más normalizada de la enfermedad. Esta visión optimista respecto a la información presenta un gusto agrisado cuando se trata de noticias difundidas por los medios de comunicación sobre el éxito de los nuevos tratamientos o la disminución de casos sida –no casos VIH-. Algunos/as encuestados/as ven en estas informaciones un excesivo optimismo que puede derivar en una relajación y una falsa idea de seguridad en la población en general.

A la hora de valorar los debates actuales sobre políticas de prevención las opiniones son muy dispares. El principal debate, según la mayoría de profesionales de las administraciones oficiales, es el de la mayor implantación de los PRR, como pudieran ser los PIJ o las salas de punción higiénica, y la aceptación de este hecho en la sociedad. Otros debates planteados por el resto de profesionales son la necesidad de trabajar los cambios de conducta así como la desvinculación de los aspectos sanitarios respecto a los morales en la difusión del uso del preservativo.

El principal reto a superar en el futuro es conseguir un mayor conocimiento del estado actual de la situación para así poder predecir los cambios y aplicar con celeridad las acciones oportunas. También se deberá estudiar y evaluar la eficacia del impacto producido por las políticas preventivas llevadas a cabo. Otros retos valorados por los encuestados/as comprenden cuestiones como la situación de los inmigrantes, la mayor coordinación entre las administraciones, el abordaje de los/las UDVP o el impulso de la educación sexual dentro de una educación sanitaria global.

El cambio de conducta, mencionado anteriormente, vuelve a aparecer a la hora de valorar los principales obstáculos respecto a las políticas de prevención. El obstáculo radica, según la opinión de los/las profesionales de las instituciones públicas y privadas, en la dificultad de modificar aquellas conductas de riesgo que pudieran facilitar la transmisión del VIH, como compartir material de inyección o no utilizar el preservativo. Por parte de los miembros de las

ONG y movimientos ciudadanos los obstáculos planteados se centran en la concienciación de la sociedad, se teme que la presión social disminuya o que se vuelva a la obsoleta y errónea definición de grupos de riesgo.

Por lo que respecta a la accesibilidad de los tratamientos, se desprende una congratulación general respecto a la gratuidad de los mismos así como de la asistencia sanitaria. Una opinión especialmente interesante en este sentido es la posible reacción desfavorable de la población en general al observar la ingente cantidad de dinero destinada a los tratamientos antirretrovirales para los/las afectados/as. Sólo apelando a la solidaridad y al sentido de justicia social a través de la información se podrá mantener ahora y en el futuro el gasto en tratamiento y asistencia sin ningún tipo de trabas.

La calidad del consejo asistido es objeto de discrepancias importantes. Mientras algunos/as profesionales de instituciones públicas certifican su mejora e incluso su ampliación a otros ámbitos como en la adherencia a tratamiento, miembros de ONG ven obstáculos en la falta de personal sanitario cualificado para llevarla a cabo y en el poco tiempo que este personal destina a los/las afectados/as por el VIH/sida.

En opinión de la mayoría de los/as encuestados/as, las políticas de prevención en el futuro seguirán la misma línea que en la actualidad. Se trata de incidir en las mismas políticas pero con mayor intensidad si cabe y mejorando la calidad de las mismas, ya sea a través de un mayor acceso a los métodos preventivos como jeringuillas para los UDVP y preservativos o a través de una integración y coordinación de todos los servicios en la oferta asistencial. Los colectivos a los que se tendrá que prestar más atención son aquellos más vulnerables y que ya hemos mencionado a la hora de valorar los retos de las políticas: UDVP y jóvenes. Por parte de un colectivo de afectados/as por el VIH/sida se recoge una crítica sobre la falta de campañas de prevención dirigidas específicamente hacia ellos/as.

A la hora de mencionar medidas de prevención que por uno u otro motivo hayan llamado la atención de los encuestados/as se han destacado principalmente aquellas destinadas a los UDVP ya sea en la calle o en los centros penitenciarios. Algunas de estas medidas destacadas por los/las profesionales de instituciones públicas ya se aplican en la actualidad de forma más o menos generalizada como los PIJ o los PMM, y otras todavía se encuentran en fase de estudio como las salas de punción higiénica, los programas de mantenimiento con heroína y los programas de dispensación de jeringuillas en los centros penitenciarios. Otras medidas mencionadas por parte de las ONG y entidades cívicas son los talleres de sexo seguro y de formación de formadores.

**TABLAS**

- **Tabla 1** *Cronología del Marco Legal*
  
- **Tabla 2** *Sistema de Prevención Primaria*
  - 2.1** **Prioridades Políticas**
  - 2.2** **Estrategias y Programas**
  - 2.3** **Rol de los organismos y administraciones**
  
- **Tabla 3** **Campañas del Ministerio de Sanidad y Consumo de ámbito estatal 1995-1998**
  
- **Tabla 4** **Medidas sociales y económicas de apoyo a personas seropositivas**

**TABLA 1**  
**Marco Legal**

TEMÁTICA	1r. ASPECTO LEGAL	2º. ASPECTO LEGAL	3r. ASPECTO LEGAL	COMENTARIO ADICIONAL
<b>Uso de Drogas</b>	Quedan prohibidas, incluso a efectos de la ley de contrabando, el uso, fabricación, importación, exportación, tránsito, comercio, distribución y tenencia así como la inclusión en todo preparado de las sustancias incluidas en las listas aprobadas en convenios internacionales y firmados por España, básicamente el Convenio de Viena de 1971	Respecto a la drogadicción el Código Penal adopta una serie de medidas de seguridad que sustituyen a la prisión, quedando a criterio del tribunal que dicta sentencia el modificar las penas privativas de libertad y sustituirlas por internamientos en centros de deshabituación		Según datos de la memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1997, el 36% de los internos en los centros penitenciarios han sido penados por delitos de tráfico de drogas. A estos habría que añadir una proporción de internos que cumplen condena debido, indirectamente, a su adicción a las drogas y penados por delitos contra la propiedad
<b>Derechos de homosexuales/ Bisexuales</b>	La edad de consentimiento para relaciones sexuales es de 13 años	Los matrimonios entre HSH y MSM no están reconocidos legalmente		Existe la figura legal de las "parejas de hecho" que, a pesar de no gozar de los mismos derechos que el matrimonio, ha sido utilizada por parejas de hombres y mujeres con relaciones homosexuales

TEMÁTICA	1r. ASPECTO LEGAL	2º. ASPECTO LEGAL	3r. ASPECTO LEGAL	COMENTARIO ADICIONAL
<b>Trabajadores/as del sexo</b>	La prostitución no constituye un delito si existe consentimiento entre adultos. La persuasión o el favorecer la prostitución a menores de 23 años es ilegal, como lo es el proxenetismo	Es punible la prostitución con hombres o mujeres menores de 18 años	No existen medidas obligatorias de control sanitario	
<b>Jóvenes</b>	La edad de consentimiento para las relaciones sexuales es de 13 años en ambos sexos	No se pueden vender ni suministrar bebidas alcohólicas a menores de 16 años (dependiendo de la graduación del alcohol puede aumentar la edad hasta los 18 años). Se prohíbe asimismo la venta de tabaco a menores de 18 años	La educación sexual es obligatoria en las escuelas de España desde 1990, pero no lo es la prevención del VIH/sida	La realización de la prueba por parte de los menores sin el consentimiento de tutores legales ha sido muy discutida. La ley protege la autonomía del/la menor por lo que respecta a los actos relativos de derecho a la personalidad
<b>Migrantes</b>	El/la emigrante necesita para trabajar en España un documento que engloba permiso de residencia y de trabajo. Se exige un certificado sanitario en el que no puede incluirse la prueba de detección del VIH	Los/las emigrantes en situación ilegal no tienen derecho a la asistencia sanitaria a excepción de los servicios de urgencias		

TEMÁTICA	1r. ASPECTO LEGAL	2º. ASPECTO LEGAL	3r. ASPECTO LEGAL	COMENTARIO ADICIONAL
<b>Reclusos/as</b>	A todos los/las internos/as se les garantiza una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población	Hay disponibilidad de preservativos, pero no la hay de jeringuillas. La posesión de una jeringuilla por parte de un/a interno/a es susceptible de castigo	Se prevé la propuesta para la concesión de la libertad condicional a los/las internos/as que padezcan una enfermedad muy grave con sufrimiento incurable	La concesión de libertad para los/las enfermos/as de sida ha sido aplicada muy irregularmente, vulnerando los derechos de los internos
<b>Gente con VIH/sida</b>	La ley persigue cualquier tipo de discriminación ya sea por nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social	No podrán ser discriminados por el empleo por razón de disminuciones físicas, psíquicas y sensoriales, siempre que se hallasen en condiciones para desempeñar el trabajo o empleo de que se trate	En España no existe ningún tipo de discriminación positiva para este colectivo	La Organización Nacional de Transplantes ha autorizado recientemente a los/las afectados/as por el VIH el poder recibir un transplante de hígado
<b>Profesionales de la salud</b>	Las pruebas de detección del VIH son voluntarias. Los protocolos de actuación de los centros sanitarios recomiendan la realización de la prueba después de una exposición accidental a fluidos potencialmente transmisores del VIH	Si se ha producido una infección debido a la actuación del sanitario, éste podrá ser inculcado por imprudencia si se demuestra que el acto se ejecutó sin adoptar las cautelas o precauciones de asepsia o higiene y prevención para los tratamientos de enfermedades contagiosas con riesgo de transmisión		En 1996 se produjeron 4.412 exposiciones accidentales en 97 centros asistenciales. Con ningún caso de seroconversión
<b>Refugiados/as</b>	Los solicitantes de asilo o refugio tienen asistencia sanitaria cubierta a través de Cruz Roja Española	Una vez reconocidos siguen teniendo derecho a esa asistencia		

**TABLA 2**

**2.1 Prioridades Políticas de la Prevención Primaria**

<b>GRUPOS PRIORITARIOS</b>	<b>PRIORIDADES POLÍTICAS</b>	<b>LAGUNAS</b>	<b>DESCRIPCIÓN COMENTARIOS</b>
<b>Población general</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener un nivel de información sobre el VIH/sida, sus vías de transmisión y métodos de prevención</li> <li>• Evitar la errónea catalogación de “grupos de riesgo”</li> <li>• Normalizar la drogodependencia como un problema sanitario</li> <li>Sensibilización hacia a los colectivos más vulnerables</li> <li>• Promover conductas sexuales, favoreciendo el uso del preservativo como medida de prevención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento sesgado de los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas debido a la insuficiencia de estudios</li> <li>• Se centra toda la información, casi de forma exclusiva, en el día mundial del sida</li> <li>• Apenas ha habido iniciativas para normalizar el hecho de la drogadicción, cosa que provoca cierto rechazo por parte de la población</li> <li>• Descoordinación entre las administraciones a la hora de iniciar campañas</li> </ul>	<p>La idea de “grupos de riesgo” se ha mantenido en España hasta muy tarde y, por tanto, se ha debido hacer un esfuerzo en los últimos años para implicar a todos los estamentos y a la población en general en la lucha contra el sida</p>
<b>UDVP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de las prácticas de riesgo entre los/las UDVP tanto de inyección como sexuales</li> <li>• Aumentar la oferta y la accesibilidad a los programas de atención a drogodependientes tanto a los libres de drogas como a los de reducción del riesgo (PRR)</li> <li>• Aumentar la coordinación entre los servicios especializados de atención a drogodependientes y la red sanitaria en general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentitud y descoordinación en la aplicación de políticas de reducción del daño</li> <li>• Desigualdad de los recursos que destina cada CCAA en la aproximación al colectivo</li> <li>• Ausencia casi total de la Atención Primaria</li> <li>• Descoordinación de la red asistencial</li> <li>• Ambigüedad en la política: punitiva y a la vez asistencial</li> </ul>	<p>El 60% de los/las enfermos/as de sida son o han sido UDVP, con un rechazo social todavía importante. La vía principal de consumo parece estar variando hacia la inhalación de drogas (58,9% de los drogodependientes), excepto en el noreste del país. De los/las UDVP que todavía mantienen esta vía de consumo, el 34% compartían jeringuillas<sub>1</sub></p>
<b>HSH/MSM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar el nivel de información sobre prevención de la infección entre la población masculina con relaciones homosexuales</li> <li>• Mejorar la coordinación entre las administraciones y asociaciones de HSH / MSM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de estudios conductuales en el colectivo de hombres y mujeres que mantienen relaciones homosexuales.</li> </ul>	<p>Los contactos homosexuales sin medidas preventivas han supuesto el 12% del total de los casos sida, y es la tercera vía de transmisión más importante</p>

GRUPOS PRIORITARIOS	PRIORIDADES POLÍTICAS	LAGUNAS	DESCRIPCIÓN COMENTARIOS
<b>Trabajadores y trabajadoras del sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el nivel de información sobre mecanismos de prevención</li> <li>• Promover prácticas de sexo seguro, fomentando el uso del preservativo</li> <li>• Desarrollar habilidades comunicativas ante los clientes para facilitar el uso del preservativo</li> <li>• Mejorar el acceso al sistema sanitario y a los programas de prevención de la infección por VIH</li> <li>• Fomentar el asociacionismo y participación del colectivo en el diseño de programas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pesar de aumentarse cada vez más la cifra de programas 'outreach' dirigidos a este colectivo (22 en 1997) todavía queda un segmento importante de trabajadores/as del sexo que no tienen acceso a estos servicios, principalmente aquellos/as que desarrollan su labor en la calle</li> <li>• Hay una falta de espacios de encuentro definidos (Atención Primaria, Centros ETS y Planificación Familiar...)</li> </ul>	<p>La cifra de trabajadores/as afectadas por el VIH es muy variable entre aquellas que no son UDVP (1 al 4%) y aquellas que sí lo son (50%). Puede haber alrededor de 300 y 400.000 trabajadores/as en España, un tercio de las cuales serían migrantes<sub>2</sub></p>
<b>Adolescentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar y educar a los/las jóvenes y adolescentes sobre el VIH/sida y sus mecanismos de transmisión y prevención</li> <li>• Promover el aprendizaje de habilidades para el desarrollo de conductas sexuales saludables</li> <li>• Fomento de la utilización del preservativo</li> <li>• Estimular las intervenciones para la prevención del sida en la escuela</li> <li>• Aumentar la coordinación de las acciones de instituciones privadas y públicas</li> <li>• Mejorar la colaboración entre los profesionales de la salud y los de educación para el desarrollo de programas de educación afectivo-sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La introducción de la educación sexual y sobre sida en la escuela se ha producido de forma desigual, debido al carácter transversal de la materia (debe ser estudiada desde diversas disciplinas), y no a través de una asignatura como tal</li> <li>• Las ONG y otras entidades reclaman la una reducción del precio del preservativo gestionada por la administración pública con las compañías fabricantes, así como una mayor accesibilidad de máquinas dispensadoras (centros de educación y ocio...)</li> <li>• Falta importante de estudios conductuales respecto al tema</li> <li>• Las campañas de fomento del uso del preservativo son muy puntuales, sin una presencia más o menos continuada en el entorno juvenil</li> </ul>	<p>4 de cada 5 casos de sida afecta a jóvenes de entre 20 y 39 años, por lo que la infección se produjo, en la mayoría de casos, en edad adolescente. La vía heterosexual es la vía de transmisión que está aumentando más en los últimos años y estudios puntuales indican que todavía hay un grupo importante de jóvenes que, pese a conocer las vías de transmisión del VIH y los métodos preventivos, no utiliza preservativo en sus relaciones sexuales</p>

GRUPOS PRIORITARIOS	PRIORIDADES POLÍTICAS	LAGUNAS	DESCRIPCIÓN COMENTARIOS
<b>Migrantes</b>	No se han establecido prioridades ni políticas de prevención "específicas" respecto al colectivo inmigrante desde el Plan Nacional o los programas regionales de sida. Algunas ONG o entidades públicas trabajan con el objetivo de informar sobre el VIH a las comunidades móviles y migrantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay una falta de acceso a la información por parte de este colectivo a los servicios de promoción de salud</li> <li>• No hay estrategias de prevención continuada</li> <li>• Apenas hay estudios que analicen la situación del colectivo</li> <li>• El estado de "ilegalidad" de muchos de ellos crea un vacío en todos los sentidos</li> </ul>	En España se estima una población inmigrante de 600.000 personas (400.000 en situación 'ilegal', fuera de los servicios sociales y salud pública) <sup>3</sup> . La cifra está aumentando considerablemente, y puede suponer un problema grave de salud a corto o medio plazo.
<b>Reclusos/as</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación de los programas de reducción del riesgo en toxicomanías (PRR)</li> <li>Extensión de los programas de metadona (PMM)</li> <li>• Desarrollar una experiencia piloto de un programa de intervención global en drogodependencias que incluya una unidad terapéutica penitenciaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta importante de educación sanitaria y de información sobre sida</li> <li>• Tardía asunción de la existencia y circulación de drogas por parte de la administración pública, con el retraso consiguiente de políticas preventivas</li> <li>• Retrasos, con graves consecuencias de salud, en la aplicación de los PIJ en prisiones.</li> <li>• Falta de programas de deshabituación y desintoxicación. Se suele suministrar sólo metadona y sin terapias psico-sociales de apoyo</li> </ul>	En España hay 45.000 reclusos/as, alrededor de 23% de ellos están afectados por el VIH. Más de la mitad de los reclusos varones son consumidores habituales de drogas, y uno de cada tres sigue utilizando la vía inyectada (un 36% de los que emplean esta vía dice haber compartido jeringuillas). Desde 1989 hasta 1998 se han notificado desde los centros penitenciarios 4.243 casos de sida, el 8,5% del total en España <sup>4</sup> .
<b>Mujeres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el nivel de información y educación sanitaria de las mujeres en relación con el VIH y las medidas de prevención</li> <li>• Facilitar el acceso a las mujeres a los programas y medidas de prevención existentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de campañas específicas dirigidas a las mujeres. (No se han visto incluidas dentro de los "grupos de riesgo")</li> <li>• Toma de conciencia por parte de la Atención Primaria y de los servicios de ginecología</li> </ul>	El grupo de mujeres afectadas por el VIH está aumentando considerablemente en los últimos años, principalmente por vía heterosexual. Actualmente supone el 20% de los casos de sida.
<b>Profesionales de la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalización de la aplicación, en todos los centros sanitarios y por todos los profesionales, de las precauciones universales</li> </ul>		El colectivo de profesionales de salud tiene sus propios mecanismos de información (asociaciones profesionales, servicios hospitalarios...)

**2.2 Estrategias y programas de Prevención Primaria**

<b>GRUPOS</b>	<b>ESTRATEGIAS, PROGRAMAS...</b>	<b>LLEVADOS A CABO POR...</b>
<b>Población general</b>	<p>Campañas masivas a través de MMCC y teléfonos de información</p> <p>Edición de material informativo (trípticos, videos...)</p> <p>Difusión de información el Día Mundial del Sida.</p>	<p>Programas regionales de Sida</p> <p>Plan Nacional sobre el Sida</p> <p>ONG</p> <p>Diputaciones y Ayuntamientos</p>
<b>UDVP</b>	<p>Programas de mantenimiento de metadona (PMM)</p> <p>Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ)</p> <p>Programas 'outreach'</p> <p>Programas libres de drogas</p> <p>Consejo individual</p> <p>Programa de formación de formadores para la prevención del VIH/sida en los UDVP (destinado a profesionales que trabajan con este colectivo)</p>	<p>Plan Nacional sobre Drogas</p> <p>Planes autonómicos de drogas.</p> <p>Centros de Atención a Drogodependientes (CAD)</p> <p>ONG</p> <p>Farmacias</p> <p>Diputaciones y Ayuntamientos</p>
<b>HSH/ MSM</b>	<p>Difusión de información en locales de ocio de ambiente homosexual (trípticos, preservativos...)</p> <p>Teléfonos de información</p> <p>Charlas y talleres en asociaciones de hombres y mujeres que mantienen relaciones homosexuales</p>	<p>ONG y asociaciones de hombres y mujeres que mantienen relaciones homosexuales</p>
<b>Trabajadores y trabajadoras del sexo</b>	<p>Fomento del preservativo</p> <p>Programas 'outreach' para la difusión de información</p> <p>Talleres de prevención</p>	<p>ONG</p> <p>Centros de ETS</p> <p>CCAA y diputaciones (de forma muy puntual)</p>

<b>GRUPOS</b>	<b>ESTRATEGIAS, PROGRAMAS</b>	<b>LLEVADOS A CABO POR...</b>
<b>Adolescentes</b>	<p>Educación sobre sexualidad en escuelas e institutos</p> <p>Campañas informativas en los medios de comunicación</p> <p>Difusión del preservativo en campañas puntuales</p> <p>Teléfonos de información</p> <p>Formación de formadores (profesorado)</p>	<p>Consejerías de Educación de las CCAA</p> <p>ONG</p> <p>Plan Nacional y programas regionales de sida</p> <p>Centros de Planificación familiar y sexualidad</p>
<b>Migrantes</b>	<p>Talleres y charlas de prevención e información en diferentes lenguas utilizando agentes de salud de diferentes países</p>	<p>Centros de ETS</p> <p>ONG</p>
<b>Reclusos/as</b>	<p>Tratamiento con metadona</p> <p>Programas libres de drogas</p> <p>Suministro de preservativos (bolsas de aseo y en salas de vis a vis)</p> <p>Talleres y charlas de información sobre VIH/sida</p>	<p>Instituciones penitenciarias</p> <p>ONG</p>
<b>Mujeres</b>	<p>Campañas generales en los MMCC, no específicas para las mujeres</p> <p>Campañas de sensibilización del personal sanitario</p> <p>Edición de material informativo</p>	<p>Plan Nacional y regionales de Sida</p> <p>Instituto de la Mujer</p> <p>ONG</p>
<b>Profesionales de la salud</b>	<p>Edición de material informativo sobre las técnicas y precauciones universales en los centros de salud (pósters, manuales...)</p> <p>Charlas sobre precauciones universales</p>	<p>Servicios de infecciosos de los centros de salud</p> <p>Consejerías de sanidad de las CCAA</p> <p>Asociaciones profesionales</p>

**2.3 Rol de los organismos y administraciones respecto a la Prevención Primaria**

SECTOR PUBLICO ESTATAL	ROL DE LOS PARTICIPANTES
<b>Plan Nacional sobre Sida</b> (pertenece al Ministerio de Sanidad)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar propuestas de actuación en relación con la prevención y control del VIH/sida (mediante la edición de material diverso: libros, guías de actuación...)</li> <li>• Mantener informada a la población en general (mediante campañas masivas)</li> <li>• Financiación de proyectos a ONG y otras entidades sin ánimo de lucro</li> </ul>
<b>Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas</b> (pertenece al Ministerio del Interior)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar propuestas de actuación en relación a la prevención y control del sida dentro del colectivo de los UDVP (mediante la edición de material diverso, supervisión de los programas de reducción de riesgo y formación de profesionales)</li> <li>• Financiación de proyectos a ONG y otras entidades</li> </ul>
<b>Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiación de proyectos a ONG y otras entidades para desarrollar tareas de ámbito socio-asistencial, aunque también podrían ser incluidas tareas de prevención</li> </ul>
<b>Instituciones Penitenciarias</b> (pertenece al Ministerio del Interior)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsable de la gestión y aplicación de cualquier actividad o programa que se desarrolle dentro de los centros penitenciarios de España (excluyendo Cataluña)</li> </ul>
<b>Ministerio de Educación y Cultura</b>	<p>Cada centro educativo es responsable y autónomo por lo que respecta a la aplicación de la materia de educación para la salud y prevención del sida en el currículo. Por tanto la tarea del Ministerio de Educación se centra, principalmente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación del profesorado</li> <li>• Elaboración de materiales curriculares</li> <li>• Asesoramiento en la aplicación de la materia en los centros escolares</li> </ul>

<b>SECTOR PÚBLICO AUTONÓMICO</b>	<b>ROL DE LOS PARTICIPANTES</b>
<b>Programas y planes autonómicos de sida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar, aplicar y evaluar los diferentes programas de prevención que se lleven a cabo en la CCAA</li> <li>• Financiar proyectos a ONG</li> </ul>
<b>Programas y planes autonómicos de drogas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar, aplicar y evaluar los diferentes programas de prevención del VIH en el área de las toxicomanías</li> <li>• Financiar proyectos a ONG</li> </ul>
<b>Consejerías autonómicas de Asuntos Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación, financiación y gestión de recursos socio-asistenciales, red de asistencia social</li> <li>• Financiación de proyectos a ONG en el área socio-asistencial, (se puede incluir prevención)</li> </ul>
<b>Ayuntamientos y Diputaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación, financiación y gestión de algunos recursos asistenciales</li> <li>• Financiación de proyectos a ONG en el área asistencial (se puede incluir la prevención)</li> </ul>

<b>OTROS ORGANISMOS</b>	<b>ROL DE LOS PARTICIPANTES</b>
<b>ONG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La función principal de las ONG es actuar en aquellos lugares y con aquellos colectivos en los que la acción de la administración pública resulta poco eficaz</li> <li>• Hay federaciones de ámbito regional y estatal que agrupan a estas entidades, unas 125 específicas sobre VIH/sida y alrededor de 250 relacionadas de alguna manera con la enfermedad</li> </ul>
<b>Entidades Religiosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Básicamente desarrollan una actuación asistencial a población marginal (casas de acogida, comedores...)</li> </ul>
<b>Centros de Información:</b> - <b>Control de ETS</b> - <b>Planificación familiar</b> (Dependen básicamente de los ayuntamientos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre prácticas sexuales seguras y métodos de prevención ante el VIH/sida y otras enfermedades</li> </ul>

**TABLA 3**

**Campañas del Ministerio de Sanidad y Consumo de ámbito estatal 1995- 1999**

<b>CAMPAÑAS</b>	<b>PERIODO</b>	<b>GRUPOS DIANA</b>	<b>MENSAJE</b>
<b>“Todos iguales ante el sida”</b>	1995	Población en general que no percibe el riesgo del sida	Concienciar a aquellos sectores que piensan que el sida no es su problema, en particular de la transmisión heterosexual, y fomentar la solidaridad en la población
<b>“Sin tu ayuda, sida. Con tu ayuda, vida”</b>	1996	Población en general.	Identificar el consumo de drogas como un problema sanitario y a los/las usuarios/as como personas que precisan asistencia sanitaria
<b>“Prevenir el sida está en tus manos”</b>	1997	Población en general sexualmente activa.	Promover el uso del preservativo y concienciar en la responsabilidad individual en la adopción de medidas de prevención
<b>Repetición de los mensajes de los años 1995-97</b>	1998		
<b>“Por ti, por mí”</b>	1999	Población joven	Promover el uso del preservativo, fomentando el diálogo entre padres/madres e hijos/hijas. Se incide más en el papel de la mujer

**TABLA 4**

**Medidas sociales y económicas de apoyo a las personas seropositivas**

<b>MEDIDAS/ACTIVIDADES APOYO SOCIAL</b>	<b>ACTORES</b>	<b>RECURSOS FINANCIEROS</b>	<b>ESPECÍFICO VIH/SIDA</b>
Centros de día	Gestionados principalmente por ONG, entidades sociales y religiosas, en convenio con los servicios sociales de los ayuntamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuntamientos</li> <li>• CCAA</li> <li>• Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (0,52% del IRPF)</li> </ul>	Sí
Casas de acogida	Gestionadas principalmente por ONG, entidades sociales y religiosas, en convenio con los servicios sociales de los ayuntamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuntamientos</li> <li>• CCAA</li> <li>• Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (0,52% del IRPF)</li> </ul>	Sí existen específicas para enfermos/as de sida, pero cada vez tienden a ser recursos para población marginal en general
Apoyo a domicilio	Gestionado por los servicios sociales de Atención Primaria de los ayuntamientos y por ONG y entidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuntamientos</li> <li>• CCAA</li> <li>• Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (0,52% del IRPF)</li> </ul>	Sí
Talleres y centros de trabajo para la reinserción socio-laboral	Gestionados por entidades privadas, estableciendo convenios con las administraciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuntamientos</li> <li>• CCAA</li> <li>• Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales</li> </ul>	No

MEDIDAS/ACTIVIDADES APOYO ECONÓMICO	ACTORES	RECURSOS FINANCIEROS	ESPECÍFICO VIH/SIDA
Prestaciones por invalidez	a) Contributivas. La gestión la realiza el Instituto Nacional de Seguridad Social b) No-Contributivas. La gestión la realiza las CCAA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS)</li> <li>• CCAA</li> </ul>	No
Ayudas derivadas del reconocimiento de 'invalidez'			No. Consiste en la gratuidad absoluta de medicinas y descuentos en algunos medios de transporte
Ayudas económicas en situaciones de necesidad	Gestionadas por las CCAA y los ayuntamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CCAA</li> <li>• Ayuntamientos</li> </ul>	No

### **Bibliografía general**

- Atención integral al paciente con VIH. Reuniones de Consenso sobre la infección por VIH Madrid: SEISIDA; 1996
- Defensor del Pueblo Andaluz. La Atención socio-sanitaria a los enfermos de sida en Andalucía. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz; 1997
- Epidemiología del sida en España 1996. Madrid: Centro de Publicaciones.Secretaría General Técnica. Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996
- FASE. Material d'Alumnes 1999. Barcelona: Fundación Antisida de España; 1999
- Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Vivir y convivir con VIH/sida. Manual de Autocuidados. Valencia: IVESP; 1996
- Líneas maestras para un plan global de intervención en VIH/sida en la Comunidad de Madrid. Bienio 1997-1998. Madrid: Oficina de Coordinación de Acciones frente al VIH/sida. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid; 1996
- Manual de Drogodependencias. Madrid: Cauce Editorial;1998
- Memoria de Actividades 1997 de los Programas de Sida de las CCAA. Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida. XII Sesión. Madrid, 19 de Diciembre de 1997
- Memoria de Actividades 1995 de otros departamentos de la administración del Estado. Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida. XII Sesión. Madrid, 29 de Octubre de 1996
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe n. 1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior; 1998
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe n. 2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior; 1999
- Pla Sanitari de la SIDA a Catalunya. Barcelona: Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1995
- Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/sida 1997-2000. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997
- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1997. Ministerio del Interior; 1998
- Plan sectorial de prevención y control del sida y de las infecciones relacionadas con el VIH. Valladolid: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León; 1994
- Programa de prevención y control del sida. Castilla-La Mancha 1995-2000. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 1995

- Programa para la prevención y control del sida y la infección por el VIH en la Comunidad Autónoma de Aragón. Zaragoza: Consejería de Sanidad, Bienestar y Trabajo. Diputación General de Aragón; 1989
- S.I.D.A. Noticias de Salud. Monográficos n.2. Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid; 1995
- Suárez Cardona M. Spanish Report. HIV/Aids Prevention Policies for Youth in Europe. Netherlands: The European Information Centre 'AIDS and Youth'; 1998
- Vigilancia del sida en España. Informe trimestral. Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de Sida. Situación a 31 de marzo de 1999.
- I Pla de la SIDA de la Comunitat Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana; 1997

### **Páginas web consultadas**

- URL:

<a href="http://www.isciii.es">www.isciii.es</a>	Instituto Nacional de Salud Carlos III
<a href="http://www.isciii.es/cne/">www.isciii.es/cne/</a>	Centro Nacional de Epidemiología
<a href="http://www.msc.es/">www.msc.es/</a>	Ministerio de Sanidad y Consumo
<a href="http://www.mir.es/pnd/">www.mir.es/pnd/</a>	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
<a href="http://www.msc.es/sida/">www.msc.es/sida/</a>	Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
<a href="http://www.mtas.es/">www.mtas.es/</a>	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
<a href="http://www.idecnet.com/fase/">www.idecnet.com/fase/</a>	Fundación Antisida de España (FASE)
<a href="http://www.foro-vih.org/fit.htm">www.foro-vih.org/fit.htm</a>	Formación e Información en Tratamientos sobre VIH/SIDA
<a href="http://www.ceses.org">www.ceses.org</a>	Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS
<a href="http://www.unaids.org">www.unaids.org</a>	Programa de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA)

### **Otras fuentes consultadas**

- Prensa de información general: estatal y regional (Enero de 1997 - Septiembre de 1999)
- ONG Anti-Sida de España
- Profesionales de diversos ámbitos relacionados con el VIH/Sida
- Administraciones del Estado Español y de CCAA

**Bibliografía 1.-“Breve descripción histórica/cronológica en tu país”**

***Obras y artículos de consulta general***

- Cadafalch J, Casas Bruguer M, Gutiérrez M. Sida y Drogodependencias. Barcelona: Ed. Neurociencias; 1995
- López Aguirremalloa I. El Sida en España. [s.l. : s.n.], 1988. Con la colaboración de GlaxoWellcome
- Zulaika D, Usieto R. Sida, un desafío para la comunidad. Madrid: Ed.CESA;

**Bibliografía 2.-“Política general sobre el VIH/sida”**

***Obras y artículos de consulta general***

- Comissió d'estudi sobre la sida del Parlament de Catalunya. Dictamen: la sida a Catalunya.  
Vidre i Mirall: La sida, vol.82, n.2, des.1998: p.80-81
- Parras F. Situación del sida en España: presente y perspectivas futuras. En: Revista Española de Salud Pública, nov-dic. 1997:p. 511-514
- Parras F. Sida en España: Estrategias futuras (1998-2000). En: Pub. of SEISIDA, vol.9,n.3, marzo 1998: p.141-142

**Bibliografía 3.-“Estructura institucional de la política”**

***Obras y artículos de consulta general***

- Castellón Leal E. La coordinación territorial de la sanidad. En: Revista de Administración Sanitaria, vol.1, n.4; 1997
- Clavero G. Algunos aspectos del programa de lucha contra el sida en España. En: Najera R. Sida, de la Biomedicina a la sociedad. Madrid: Eudema; 1990: p. 278-294
- Objetivos, Actividades, Calendario y Composición de los subcomités. Informe técnico. Madrid : Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994

***Otras fuentes de información***

- Página web del Instituto de Salud Carlos III. URL: [www.isciii.es](http://www.isciii.es)
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

#### **Bibliografía 4.-“Aspectos legales”**

##### **Obras y artículos de consulta general**

- Alventosa del Río. La incidencia del sida en el ámbito jurídico español. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol. 10, n.4, abril 1999: p. 290-292
- Aplicación de la libertad condicional a enfermos de sida privados de libertad. Informe técnico. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996
- Asociación Salud y Sida. VIH, recomendaciones para afectados y personas de su entorno. 3ª. Ed. Madrid: Asociación Salud y Sida; 1997: p. 57-74, 77-80
- Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. VIH/sida y lugar de trabajo. Criterios Sindicales. Madrid: Publicaciones Unión; 1998
- Coordinadora Gay/Lesbiana. Guía de recursos para personas con VIH/sida. Barcelona: Coordinadora Gay/Lesbiana; 1996
- Escuela Julián Besteiro. Sida y ámbito laboral. Madrid: Secretaria de Formación Confederal UGT; 1998
- Pastor Martínez MA. Prevención sin discriminación desde un punto de vista legal. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol. 9, n.3, marzo 1998: p. 216-218
- Sánchez Caro J. Aspectos legales en atención sanitaria y social. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol.10, n.10, abril 1999: p. 95-97
- Sánchez Caro J, Giménez Cabezón JR. Derecho y sida. Madrid: Mapfre;1995 (Colección Derecho Sanitario)

##### **Otras fuentes de información**

- Boletín Oficial del Estado (BOE)
- Departamento jurídico del INCAVOL (Institut Català del Voluntariat)

### **Bibliografía 5.-“Epidemiología”**

#### **Obras y artículos referenciados en el texto**

1.- Todas las cifras aparecidas en el texto corresponden a los datos epidemiológicos disponibles a nivel nacional. Vigilancia del sida en España hasta el 31 de marzo de 1999

2.- Castilla J. Impacto del cambio de definición del caso de sida en España. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol. 6, n.3, marzo 1995: p.186-187

#### **Obras y artículos de consulta general**

- Acuerdos del subcomité de epidemiología sobre la ampliación de la definición de caso de sida para la vigilancia epidemiológica. Informe técnico. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología; 1993
- Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Spain. Informe técnico. UNAIDS & WHO; June 1998
- Sistema Integrat de Vigilancia Epidemiològica del VIH/sida a Catalunya (SIVES). Informe anual 1997. Document tècnic n. 7. Barcelona: CEESCAT. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1997
- Sistema de Información sobre sida. Informe técnico. Madrid: Plan Nacional sobre Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992
- Tello Anchuela O. Estudios de tendencias: ¿siguen siendo válidos los registros de casos de sida para el seguimiento y control de la pandemia? En: Pub. of SEISIDA, vol.10, n.4, abril 1999: p. 119-122
- Vigilancia epidemiológica del Sida y la infección por el VIH en la Rioja 1985-1995. Logroño: Programa Regional sobre el Sida. Gobierno de la Rioja; 1996

#### **Otras fuentes de información**

- Boletines epidemiológicos de Comunidades Autónomas como: Aragón, Canarias, Castilla y León, Asturias y Navarra.
- Centro Nacional de Epidemiología (Instituto Carlos III)
- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT)

## **Bibliografía 6.-“Sistema de Vigilancia”**

### **Obras y artículos referenciados en el texto**

- 1.- Completeness of AIDS case reporting in Europe. In: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (CESES). HIV/AIDS surveillance in Europe; Quartely Report n. 49, 1996
- 2.- HIV prevalence in blood donations in Europe. In: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (CESES). HIV/AIDS surveillance in Europe; Quartely Report, n. 58, 1998
- 3.- Informe sobre la investigación epidemiológica en VIH/sida en España. Document tècnic n. 3. Sociedad Española de Epidemiología (SEE) Barcelona: CEESCAT, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1996

### **Obras y artículos de consulta general**

- Casabona J. Aplicaciones de los indicadores conductuales a los sistemas de vigilancia epidemiológica. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol. 10, n.4, abril 1999: p.45-46
- Castilla J. Dimensión del problema y tendencias en España. Publicación oficial de SEISIDA, vol.8, n.4, abril 1997: p. 291-293
- HIV testing and case reporting in Europe. In: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (CESES). HIV/AIDS surveillance in Europe; Quartely Report, n. 56, 1997
- Monteagudo Romero J. Vigilancia epidemiológica del VIH: estudios en poblaciones centinela. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol. 10, n.4, abril 1999: p.40-42
- Noguera Zambrano I. Nuevas estrategias de vigilancia del Plan Nacional sobre el Sida. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol. 10, n.4, abril 1999: p.178-180
- Pelayo Cortines T. Sistema de información de nuevas infecciones por el VIH (SINIVIH). Características y perspectivas. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol.10, n.4, abril 1999: p.42-44
- Sistema de Información sobre sida. Informe técnico. Madrid: Plan Nacional sobre Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992

### **Bibliografía 7.-“Sistema de prevención primaria”**

#### **Obras y artículos referenciados en el texto**

1.- Silvosa G. El control de las drogodependencias: el sistema de justicia criminal En: Actas de las II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Organizado por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Barcelona: Nov. 1998;p.47-65

#### **Obras y artículos referenciados en las tablas**

1.- Encuesta a consumidores de heroína en tratamiento 1996-1997. En: Observatorio Español sobre Drogas. Informe n.1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior; 1998.

2.- Del Amo, J El sida y la mujer. Aspectos clínicos y sociales. Madrid: Pirámide; 1999: p. 70-71 (Citando datos proporcionados por la doctora Pilar Estébanez)

3.- Sarria A. AIDS & STD's and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; The State of Affairs in Europe.(Chapter about Spain) Coordinated by: AIDS & Mobility. Netherlands: Netherlands Institute for Health Promotion & Disease Prevention; 1998: p. 185-194

4.- Actas de las II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Organizado por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Barcelona: Nov. 1998

#### **Obras y artículos de consulta general**

- Campañas de publicidad para la prevención del VIH/sida desde el Plan Nacional sobre el Sida (1993-1997). Informe técnico
- Comas D. Drogas y sida. Una historia de encuentros y desencuentros. En: Actas del seminario internacional drogas-vih: la necesidad de un trabajo conjunto. Organizado por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GiD) Madrid: Dic 1995: 78- 85
- De Andrés R. La atención a la problemática drogas-sida. En: Actas del seminario internacional drogas-vih: la necesidad de un trabajo conjunto. Organizado por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GiD) Madrid: Dic 1995: p.89-94
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Sida y Salud. En: Colección Red de Actividades de Promoción de Salud n.5. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública:1996:p. 79-80
- Estébanez P. Report about AIDS/HIV Public Education and the Mass Media in Europe. En: Wellings K. Field B. Stopping AIDS/HIV Public Education and the Mass Media in Europe. London: 1996

- Grupos Actua Dona/Dona i Sida. Dossier de los discursos expuestos en el Parlament de Catalunya. Comissió d'Estudi sobre la sida. Documento de trabajo sobre la situación de la mujer y el VIH. Barcelona: 21 de febrero de 1997
- Grupo IGIA Los programas de disminución de riesgo. Barcelona: Grupo IGIA; 1996
- Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. Serie Prevención n.1 Madrid: Subcomisión de Prevención. Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del Sida. Secretaría General Técnica Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996
- Montoya Ma.M. La educación para la prevención del VIH/sida en programas escolares. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol.8, n.4, abril 1997: p.294-296

**Bibliografía 8.-“Medidas sociales y económicas de apoyo a las personas seropositivas”**

***Obras y artículos de consulta general***

- Arnaiz A. Los servicios sociales en la atención a personas afectadas por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En: Zerbitzuan n.33, 1997: p.64-67
- Segura F, Chapinal O, Sasal M. Sala M. Cervantes M. Bernaus M. Grimau I, Comajuan N, Bescós P. Atenció integral als pacients amb infecció per VIH. En: Annals de Medicina n. 82, 1998: p. 72-74
- Subvenciones de interés social derivadas de la asignación tributaria del IRPF 1998-1999  
URL: [www.mtas.es](http://www.mtas.es)

**Bibliografía 9.-“Tratamientos y cuidados sobre VIH/sida”**

**Obras y artículos referenciados en el texto**

1.- Atención y consumo de recursos de enfermos VIH/sida en el Medio Hospitalario. Informe técnico. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida 1998. Disponible URL: [www.msc.es](http://www.msc.es)

2.- Plaza García M.A, Cagigas Viadero J, Valcuerde Mantilla M.L, Cobo Sañudo P. Dificultades en el seguimiento del VIH/sida en Atención Primaria. En: Publicación oficial de SEISIDA, vol.9,n.3, marzo 1998: p. 124-126

**Obras y artículos de consulta general**

- El Hospital de día en la atención de los pacientes con infección por VIH/sida. Informe técnico. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida, Dic. 1998. Disponible URL: [www.msc.es](http://www.msc.es)
- Torres Moreno J. La hospitalización domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. Publicación oficial de SEISIDA vol.10,n.4, abril 1999: p. 74-76

**Bibliografía 10.-“Coste global de la epidemia VIH/sida”**

**Obras y datos referenciados**

1.- Antoñanzas Villar F, Antón Botella F, Juárez Castelló C. Cálculo de los costes del sida en España mediante técnicas de simulación. En: Medicina Clínica 1995; 104: p. 568-572

**Obras y artículos de consulta general**

- Cabasés JM. Aspectos económicos del sida. Pub. Of. SEISIDA vol.5, n.5, mayo 1994: p.287-295
- Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE). Dossier de presentación y información disponible en URL: [www.fipse.es](http://www.fipse.es)
- Giménez A. Impacto de las nuevas terapias antirretrovíricas en el Sistema Sanitario público. Publicación oficial de SEISIDA, vol. 10,n.4, abril 1999: p.96-96
- Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/sida 1997-2000. Indicadores. 2ª. Edición. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999 (Indicadores económicos)

**Bibliografía 11.-“Proyectos de investigación sobre conductas de riesgo y cambios de conducta”**

**Obras y datos referenciados en el texto**

1.- Bravo MJ, Ortiz Castro A, Galván Reyes J, Barrio G, De la Fuente L. ¿Estamos estudiando adecuadamente las prácticas de inyección de drogas que implican riesgo de transmisión de enfermedades por vía parenteral? Revista Española de Salud Pública n.72, 1998:p. 289-301

2.- Castilla J, Barrio G, De la Fuente L, Belza MJ. Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996. AIDS CARE, vol.10, n.6, 1998: p. 667-676

3.- Bayés R, Pastells S, Tuldrá A. Percepción de riesgo de transmisión del VIH en estudiantes universitarios. Cuadernos de medicina psicosomática ,n.33, 1995:22-27

Bayés R, Pastells S, Tuldrá A. Percepción de riesgo de transmisión del VIH en estudiantes universitarios (2). Cuadernos de medicina psicosomática, n.39,1996:24-31

4.- Lameiras M. Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión del VIH. Un estudio piloto. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace, n.42-43, 1997:p.46-61

5.- Monitoració de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció pel VIH en la comunitat d'homes homosexuals. Document tècnic n.5. Barcelona:Centre d'Estudis Epidemiològics de Catalunya (CEESCAT) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya;1997

6, 7, 9.- Monitoratge de la prevalença d'infecció per l'HIV i dels comportaments associats amb la seva transmissió entre les persones que s'injecten drogues il.legals. Document tècnic n.6. Barcelona: Centre d'Estudis Epidemiològics de Catalunya (CEESCAT) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya;1998

8.- De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. En: Addiction, n.92 (12), 1997: 1749-1763

10.- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1997. Ministerio del Interior; 1998

11.- Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/sida 1997-2000. Indicadores. 2ª. Edición. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999 (Indicadores)

**Obras y artículos de consulta**

- Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Díaz A, Rodríguez-Artalejo F. Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking- Epidemiology Community Health, n.52,1998: p.172-180
- Barrio G, De la Fuente. Evolución del consumo de drogas en España. Los nuevos patrones de consumo de heroína y cocaína desde una perspectiva de salud pública. En: Actas del Seminario. La formación de los terapeutas y la adaptación de los tratamientos a los nuevos perfiles de consumo de drogas; 1996 5-6 Octubre. Organizado por ITACA
- Bravo MJ, Barrio G, de la Fuente L, Colomo C, Royuela L. Persistencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH en inyectores de drogas de Madrid, Sevilla y Valencia. Gaceta Sanitaria, 13(2), 1999: p.109-118
- Bravo MJ, Delgado-Rodríguez MD, de la Fuente L, Lardelli P, Barrio G, López R. Sharing injecting equipment and sexual behavior in ambulatory intravenous drug users: a national survey (Spain). The International Journal of Addictions, n. 29 (14), 1994:p.1893-1907
- Casabona J. Epidemiología del VIH en UDI: implicaciones sanitarias. Pub. of SEISIDA, vol.9, n.3, marzo 1998: p.147-148
- De la Fuente de Hoz L, Barrio Anta G. Cambios en los patrones de comportamiento del uso de heroína en relación con la infección por VIH en España: de la administración por vía intravenosa a fumar "chinos". Pub. of SEISIDA, vol.6, n. 3, marzo 1995: p.193-195
- Lameiras M. La infección VIH/sida en la mujer. Una reflexión sobre la intervención. Revista de Psicología de la Salud, n.8 (1), 1996: p. 41-63
- Páez D. Evaluación de campañas preventivas del VIH/sida: efectos individuales y colectivos. Pub. of SEISIDA, vol.6,n.3, abril 1997: p.200-203
- Romero M, Zunzunegui MV, Perea E, Gornemann I, Fernández A. Uso consistente del condón entre los usuarios de droga por vía intravenosa y sus parejas estables. Gaceta Sanitaria 1999; 13 (2): p.96-101

**ANEXOS**

**1.- Cronología marco legal**

**2.- Recopilación de entrevistas para la Percepción del sistema**

## **Anexo 1**

### **Cronología del marco legislativo referente al VIH/sida**

- Resolución de 6 de septiembre de 1985, de la Subsecretaría, por la que se establece el procedimiento y la documentación necesaria para obtener la autorización del reactivo para realizar la prueba de detección de anticuerpos frente al virus asociado a la linfadenopatía/tipo III de virus linfotrópico humano (LAV/HTLV-III), asociado al SIDA.
- Orden de 4 de diciembre de 1985, de desarrollo del Real Decreto 1945/1985, de 9 de octubre, por la que se regula la hemodonación y los bancos de sangre, determinando con carácter general requisitos técnicos y condiciones mínimas en la materia.
- Orden de 18 de febrero de 1987, sobre pruebas de detección anti-VIH en las donaciones de sangre.
- Circular 19/87 de 14 de julio (Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios). Sobre la distribución de Zidovudina.
- Orden de 16 de septiembre de 1987, por la que se establecen las normas para la adjudicación de subvenciones y ayudas a instituciones sin ánimo de lucro para financiar estudios y proyectos en materia de prevención del SIDA.
- Resolución de 10 de marzo de 1987, de la Subsecretaría, sobre coordinación de actuaciones y control de pruebas de detección anti-VIH.
- Resolución de 20 de marzo de 1987, de la Subsecretaría, por la que se establece el procedimiento y la documentación necesaria para obtener la autorización de los reactivos para realizar pruebas de detección de marcadores de infección por virus humanos de la familia Retroviridae, entre ellas las pruebas de detección de anticuerpos frente a los virus asociados al SIDA y las de detección de antígenos correspondientes a los mismos.
- Orden de 24 de junio de 1987, sobre pruebas de detección anti-VIH, en materia de obtención, extracción, transplante, injerto o implantación de órganos humanos.

- Orden de 15 de junio de 1988, para la coordinación de actuaciones y control del VIH en las intervenciones médicas para la obtención y recepción del semen.
- Resolución de 11 de septiembre de 1989, de la Subsecretaría, por la que regula la autorización de procesos de investigación controlada de reactivos para la detección de marcadores de infección por virus humanos de la familia retroviridae, entre ellos los asociados al SIDA.
- Real Decreto 478/1993, de 2 de abril por el que se regula los medicamentos derivados de la sangre y plasma humano.
- Real Decreto 592/1993, de 7 de mayo de la Comisión Nacional de Coordinación y Seguimiento de Programas de Prevención del SIDA.
- Real Decreto-Ley 9/1993, de 28 de mayo, por el que se conceden ayudas a los afectados por el VIH como consecuencia de actuaciones realizadas en el Sistema Sanitario público.
- Orden de 20 de julio de 1993, por la que se publica la composición de la Comisión de Ayudas a los afectados por VIH a que se refiere el artículo 6 del Real Decreto-Ley 9/1993
- Real Decreto 1854/1993, de 22 de octubre, por el que se determina con carácter general los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y bancos de sangre.
- Real Decreto 1867/1995 de 17 de noviembre, sobre prestaciones farmacéuticas a enfermos de SIDA.
- Orden de 24 de noviembre de 1995, de desarrollo del Real Decreto sobre prestaciones farmacéuticas a enfermos de SIDA, en lo relativo a recetas oficiales de la Seguridad Social.
- Orden de 7 de febrero de 1996, de desarrollo del Real Decreto 1854/1993, de 22 de octubre, por la que se determinan los criterios de exclusión de donantes de sangre.

## **Anexo 2**

### **Cuestionarios para la realización de “Percepción del Sistema”**

#### **a) Instituciones públicas**

- Sra. Maria José Bravo, técnica de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, servicio de Investigación y Evaluación.
- Sr. Jesús Castilla, técnico del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III.
- Sr. Albert Giménez, director del Programa para la Prevención y Asistencia del Sida de la Generalitat de Catalunya.
- Sr. Francisco Parras, secretario del Plan Nacional sobre el Sida.
- Sr. Carlos Rodríguez, técnico del equipo técnico en campañas de comunicación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

#### **b) Instituciones privadas**

- Sr. Ramón Bayés, catedrático de psicología especializado en VIH/sida. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sr. Jose Maria Catalan, periodista especializado en temas de salud.
- Sr. Ricardo Usieto, sociólogo del Centro de Estudios de Sociología Aplicada (CESA), vicepresidente de la Sociedad Española Interdisciplinaria sobre Sida (SEISIDA).

#### **c) ONG**

- Sr. Josu Imanol Unanue, presidente de Txo-Hiesa, ONG anti-sida de Bermeo, Euskadi.
- Sr. Jordi Samsó, miembro del Casal Lambda, colectivo de personas homosexuales, especializado en VIH/sida.
- Sr. José Torras, presidente de la Fundación Anti-Sida de España.

**Cuestionario sobre políticas de prevención**

1.- ¿Comparte la opinión que durante los últimos años la percepción general del VIH/sida ha variado? Sí... No... No lo sé...

Si es así, explíquelo.

2.-¿Cuáles considera que son los aspectos más llamativos y sorprendentes de los debates actuales sobre estrategias de prevención del VIH? Si los hay

3.-¿Cuáles cree que serán los principales retos para las políticas de prevención futuras en los próximos años?

4.- ¿Cuáles son los posibles obstáculos respecto la política de prevención del VIH y apoyo para las personas que viven con el VIH, mirando a la población en general y/o a los grupos vulnerables?

5.- ¿Cuáles son los posibles obstáculos respecto a la calidad del consejo asistido y el acceso a los tratamientos del VIH/sida?

6.- ¿Cuáles cree que serán las políticas de prevención más importantes sobre el VIH/sida en un futuro?

7.- ¿Puede describir un ejemplo de alguna medida extraordinaria de prevención (que le haya llamado la atención) en su país que haya conocido en los últimos años?

8.- ¿Algún otro comentario?

**María José Bravo**

**Técnico de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas.  
Servicio de Investigación y Evaluación**

1.- Desde el principio, cuando se inició el primer Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en el País Vasco en el 88, creo que sí ha variado la opinión de los UDVP. Desde mi punto de vista ese programa fue muy tarde para el trabajo de prevención. Ya en esa época, en el estudio que hizo la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la prevalencia de VIH era del 40% entre los UDVP que eran captados desde los centros de tratamiento. Los usuarios han variado la percepción de riesgo, en mayor medida en lo que se refiere a la transmisión parenteral que a la transmisión por vía sexual. Sin embargo, sigue habiendo un núcleo importante de inyectores que siguen compartiendo material de inyección y el esfuerzo preventivo tiene que mantenerse e incluso aumentar. Por otra parte, las poblaciones diana de los programas de prevención deberían variar de alguna manera. Así como está cambiando el consumo de drogas, de vía inyectada hacia otras vías, también habrá de cambiar la población diana y vigilar si las variaciones detectadas en la vía de consumo se mantienen o revierten.

2.- Ya no sé si es actual. Las estrategias de reducción de daños son fundamentales, es ampliamente aceptado que ya no se pueden mantener posiciones maximalistas sobre la abstinencia, hay que aumentar la gama de servicios ofertados para poder captar el mayor número de inyectores y desde luego incorporando objetivos intermedios tendentes a modificar sus prácticas de riesgo. Con respecto al uso de heroína como alternativa terapéutica hay un posicionamiento del Plan Nacional. Yo creo que hay que aumentar todos los recursos para captar todos los colectivos, incluso aquellos a los que son de más difícil acceso, que generalmente son los más marginales. Hay que abarcar lo máximo posible a todos, las salas de inyección abarcarían a aquellos que no tienen unos mínimos recursos y podrían ser de gran utilidad. Desde un plan de drogas autonómico hay, al menos que yo conozca, una propuesta de abrir una sala. Pero creo que también en esto llegamos un poco tarde.

3.- El reto más importante es estar atentos a lo que está pasando. Ahora sabemos lo que ha ocurrido y donde nos encontramos. A partir de ahora, lo que pueda pasar con todo el volumen de consumidores de drogas que utilizan otras vías es el futuro. Tenemos la mirada en los inyectores pero debemos observar a los que no consumen por esa vía. Se ha cambiado de vía debido a la percepción de riesgo y también debido al tipo de drogas en el mercado. Eso no está bajo control y podría revertir en cualquier momento, por lo tanto hay que estar atentos. Todavía se observan en España prevalencias de conductas de riesgo para la transmisión del VIH muy elevadas.

4.- Básicamente son dos obstáculos, primero acceder a las poblaciones y segundo conseguir un cambio positivo de las conductas de riesgo. Desde el sistema de salud se puede llegar a una franja muy grande de consumidores. Es más difícil el cambio de comportamiento, quizá sea ese el mayor obstáculo. Desde el punto de vista de los inyectores el riesgo fundamental sigue siendo el riesgo de transmisión por vía parenteral más que el sexual.

6.- Las políticas de prevención, de una forma más o menos comprometida, en la mayor parte de los países van en una línea, la de integrar todos los servicios en la oferta asistencial que haya. Habría que hacer un esfuerzo en la evaluación de las políticas, aunque es francamente difícil, eso puede ser un reto importante. Por una parte la evaluación de políticas y por otra la evaluación de intervenciones, que tampoco se hace demasiado. En general las políticas de prevención comparten objetivos similares en la mayor parte de Europa. No se trata de hacer más cosas distintas sino hacer más de lo mismo y mejor, e ir incorporando las intervenciones en el mayor número de recursos disponibles para que todo el mundo tenga acceso.

**Jesús Castilla**

**Técnico del Centro Nacional de Epidemiología y del Plan Nacional sobre el Sida  
Instituto de Salud Carlos III**

- 1.- Sí, ha variado, hay más información que antes, con menos tópicos y prejuicios. En este aumento de información hemos contribuido todos.
- 2.- Hay bastante unanimidad por lo que respecta a los debates en prevención. Hay una mentalización y aceptación progresiva sobre el tema de las drogas, hace años asustaban. Ahora se aplican programas como el intercambio de jeringuillas y suministro de metadona. Se han ido dando pasos.
- 3.- Hay una preocupación cada vez mayor por los países en desarrollo y ver como se resuelve la situación. En España tengo la confianza de que se va a ir resolviendo. En poblaciones inmigrantes, sin cobertura normal sanitaria, habrá que articular recursos.
- 4.- La prevención es muy difícil. Cada vez la gente es más individualista. Es difícil desde una administración cambiar a la gente. A veces creo que se sobreestima la capacidad para poder cambiar las conductas. Dependen más de otros factores, como la moda...
- 5.- Son problemas generales, conforme se ha ido tecnificando la medicina no se da importancia al enfermo. Hay que insistir para que el personal sanitario dedique tiempo suficiente a los pacientes y sean claros en su exposición.
- 6.- La gente suele ser muy ingeniosa a la hora de buscar nuevas vías de prevención para el VIH/sida. Creo que se tendría que incidir en proporcionar información a las parejas serodiscordantes.

**Albert Giménez**

**Director del Programa para la Prevención y Asistencia del Sida  
Generalitat de Catalunya**

1.- Las vías de transmisión han cambiado. En los últimos años ha subido la vía de transmisión heterosexual, en casos sida, y se ha situado en segundo lugar. Eso es debido a la aplicación de programas de reducción de daños en UDVP, en intervenciones en madres embarazadas y también en el colectivo gay que es más disciplinado y ha adoptado medidas de prevención. Ahora sabremos como está la situación a nivel epidemiológico, estamos siguiendo una serie de poblaciones centinela. Vemos que la infección se mantiene, en caso de madre a hijo disminuye y en población general se mantiene.

Por lo que respecta a la población general puede haber cierta relajación, por eso en las campañas incidimos en que la gente continua infectándose. La relajación en la población general todavía no está resuelta.

2.- Las estrategias de prevención han ido variando, no hemos de dejar abandonada a la población en general porque se va incorporando gente joven. Pero ahora las estrategias están muy centradas en incorporar prácticas saludables y intentar modificar conductas de riesgo, esta es la clave que explica el porque todavía se mantienen prácticas de riesgo. Cada colectivo requiere una estrategia diferente: en el colectivo toxicómano que incluyan técnicas de punción higiénica y a los jóvenes que se incida en la introducción del preservativo. Hay colectivos o personas en los que se consiguen resultados positivos por lo que respecta al cambio de conducta.

3.- De cara al futuro se trabajarán más, probablemente, las políticas de reducción del daño, que están teniendo un impacto considerable. También es cierto que hay cambios en las vías de administración, está aumentando la cocaína inhalada y drogas de síntesis. En general las políticas de prevención serán las mismas, educación sanitaria, y todo el tema de incorporación de barrera, como accesibilidad al preservativo, jeringuillas...

4.- En el caso de parejas discordantes, la utilización de medidas de protección no es fácil, porque supone la incorporación de medidas toda la vida. Habría que incidir más en aspectos de educación sanitaria. El tema del lavado del semen en parejas serodiscordantes puede ser aplicable en un futuro.

5.- Se está dedicando el consejo asistido para trabajar la adherencia, no sólo para el test. Ciento por ciento de adhesión no existirá nunca y eso llevará a no dar tratamiento a aquella población que no tenga posibilidades de seguirlo.

7.- Las políticas ya las hemos ido mencionando, y hay que esperar resultados a medio o largo plazo.

8.- Hay pocas cosas que no estén inventadas. Todos vamos haciendo lo que están haciendo otros. Una de las cosas más novedosas y que no tardaran en implantarse aquí serán las salas higiénicas de punción. Choca un poco con la percepción de la sociedad. También el tema de jeringuillas en las prisiones choca bastante. Lo que es novedoso es el programa que se ha hecho con fines sociales pero puede servir como medida de prevención. Consiste en ofrecer leche gratuita a madres seropositivas, aunque la transmisión por esta vía es prácticamente nula. Otro proyecto que ha llamado mucho la atención es la utilización de un paquete similar al tabaco y que contiene preservativos y se sirve en las máquinas expendedoras de tabaco.

**Francisco Parras**

**Secretario del Plan Nacional sobre el Sida**

1.- Claramente sí. Por parte de la sociedad y por parte de los enfermos, que perciben la enfermedad con un mejor pronóstico. La base de la discriminación es el miedo, si se mejora el pronóstico ya no hay tanto miedo y la percepción cambia. También ha habido en España un proceso de mejora del conocimiento fomentado en parte por los medios de comunicación, las instituciones y los distintos Comités ciudadanos anti-sida. La gente ya conoce los métodos de transmisión. Creo que se van dando pasos importantes para la normalización de la enfermedad.

2.- Algunas modalidades de programas de reducción de daños como pudieran ser el intercambio de jeringuillas en prisiones o las narcosalas. En España ha habido un desarrollo extraordinario de las medidas de prevención, pero todavía me llama la atención las polémicas existentes en la sociedad sobre estas modalidades de reducción del daño.

3.- Hay que seguir en la misma línea. Se han multiplicado los programas de intercambio de jeringuillas, los programas de metadona, los programas asistenciales... El reto quizás sea la evaluación y el estudio del impacto para mejorar los programas.

4.- La asistencia gratuita, las redes de ONG... comportan un apoyo importante para las personas que viven con el VIH. Tenemos una magnífica cobertura y hay que brindar a las personas afectadas apoyo emocional.

5.- El sistema asistencial ha ido mejorando día a día. Las unidades de enfermería tienen un papel importantísimo. Se trabaja adherencia, educación sanitaria, información telefónica. Y también el consejo asistido, cada vez se cuida más. La reflexión ha hecho que hayamos modificado planteamientos de la relación médico-paciente y se cuida más el consejo asistido y el terapéutico.

6.- Tenemos un Plan Multisectorial en un estado que tiene transferidos los programas de salud pública. Todos los planes autonómicos tienen una actitud sincrónica. Hay que mantener lo que hay y progresar lo necesario. Se ha introducido de forma importantísima la metadona en las cárceles y se ha mejorado la red asistencial en el tema de las drogas. Hay, por tanto que seguir en la misma línea.

7.- Sin duda alguna las estrategias llevadas a cabo en prisiones. En el 1993 o 94 pocos centros ofrecían metadona para usuarios de droga. Y ahora las cárceles son permeables para las ONG, se ofrece metadona, preservativos, programas de detección del VIH, y ya hay en marcha cinco programas de dispensación de jeringuillas.

**Carlos Rodríguez**

**Equipo técnico en campañas de comunicación del Ministerio de Sanidad y Consumo  
Seguimiento de campañas**

1.- Sí ha variado en dos aspectos. El primero es que antes la gente no sabía como se transmitía, poco a poco se sabe y se ha ido perdiendo el miedo a lo desconocido. La otra variación es que últimamente la población entiende que el sida se está controlando, debido a la disminución de casos de sida y esa es una información parcial.

2.- Debido a los tratamientos el número de gente que pasa a fase sida es menor. La información se queda ahí y no se pone el énfasis que sigue aumentando el número de seropositivos y de contagios. La percepción de la sociedad es que se está reduciendo.

3.- Se tendrá que hacer hincapié en que sigue habiendo transmisión. Hay que mantener la prevención. Las medidas básicas serán el mejor acceso a jeringuillas y a preservativos, porque para muchos segmentos de la población, especialmente jóvenes, siguen siendo difíciles de conseguir.

4.- Mucha gente todavía mezcla los aspectos sanitario y moral con respecto a los preservativos. Cada vez es menos pero hay que ir reduciendo esta idea. Otro obstáculo es el aumento gradual de los precios de los tratamientos. El sistema nacional de salud va a aceptar el gasto, pero la población en general no va a ver con buenos ojos que se gaste tanto dinero en esa población. Habrá que hacer campañas para informar a la población.

5.- Por parte de muchos médicos se trata como una enfermedad crónica.

6.- No veo una política nueva. Veo machacar mucho más en lo que hay. El uso del preservativo se tiene que incorporar como un hábito, y se tarda mucho en crearlo. Queda mucho camino para seguir avanzando. La gente sabe que lo tiene que utilizar pero muchos no lo hacen. Igual que la gente come con cubiertos por rutina, debería ser lo mismo con la utilización del preservativo en las relaciones sexuales.

7.- Hay dos. La actuación en grandes concentraciones, como en las cárceles o en los cuarteles del ejercito, entregándose preservativos, y la otra es la actuación para los usuarios de droga a través de la administración de metadona y de heroína. Por ahí se podrían dar buenos resultados.

**Ramon Bayés**

**Catedrático de psicología básica en la Universidad Autónoma de Barcelona  
Especialista en aspectos psicológicos del sida, oncología y la atención al enfermo terminal**

1.- Sí. A partir de la entrada de los IP. Con todo que no representa una solución definitiva, ha supuesto un cambio. No es la panacea pero sí ha cambiado

2.- Para mí y desde un punto de vista exterior, lo más llamativo es que no haya un mayor esfuerzo en la vacuna y en cambio el esfuerzo se centre mayoritariamente en las terapéuticas. Desde la prevención, quizás, se ha bajado un poco la guardia, sobretodo en el aspecto sexual. Y realmente en este sentido es importante solucionar el problema de los datos sobre las personas infectadas con todas las garantías necesarias de confidencialidad. Esa es la única manera de saber si funcionan las campañas.

3.- Los principales retos son evitar la infección y por otra parte intentar encontrar a través de una acción mancomunada internacional, una vacuna eficaz. También sería necesario mejorar la educación sobre sexualidad, la cual entraría dentro de una educación sanitaria general. El preservativo sería una parte importante pero no el eje central.

4.- Uno de los obstáculos es que realmente las personas son emocionales y no racionales. Se comportan movidas más por la emoción del momento que por la racionalidad. Es necesaria una auténtica educación para la salud que "racionalice", que haga énfasis en la realidad del ser humano. Es importante porque uno de nuestros principales obstáculos es que los comportamientos transmisores del VIH conllevan de forma inmediata unos efectos favorables, muy reconfortantes, agradables para los sujetos que los practiquen. Una inyección con una aguja infectada hace que se vaya el mono, y sexo sin protección con una persona infectada produce orgasmo igual que si no fuera infectada.

5.- Creo que los tratamientos son accesibles, por lo menos en España y hay un esfuerzo muy considerable.

6.- Hay que marcar cuales serán los indicadores que nos servirán para decidir si una campaña es o no eficaz. El objetivo final es cambiar conductas y hay que tener la información sobre si las conductas cambian o no. Será interesante saber el número de personas infectadas.

**Jose Maria Catalán**

**Periodista especializado en salud**

**Miembro de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS)**

- 1.- Sí. Hay un mejor conocimiento de todo lo relacionado con el VIH y en eso juegan un papel importante los medios de comunicación.
- 2.- Básicamente son dos: el cumplimiento terapéutico y el tema de las resistencias a los fármacos que van apareciendo.
- 3.- Los cambios de hábitos en los toxicómanos y incidir más en la prevención en el colectivo heterosexual.
- 6.- Las campañas de prevención para llegar a aquellos grupos que más lo necesitarán.
- 8.- A nivel de las instituciones, a veces se tiene la sensación de que priman. Hay que ser más ambicioso con la prevención.

**Ricardo Usieto**

**Sociólogo del Centro de Estudios de Sociología Aplicada (CESA)  
Vicepresidente de la Sociedad Española Multidisciplinar sobre Sida (SEISIDA)**

1.- Sí, en principio desde nuestro centro como en otras entidades, se percibe un cambio. El más importante ha sido el aumento de información.

2.- Me ha llamado la atención la agresividad de las últimas campañas del Ministerio de Sanidad y Consumo. Aparece la mujer y la familia (representada por la madre). El sofocón viene por parte del hombre, con su heterosexualidad y su juventud.

3.- Avance imparable en los tratamientos. Está dando un resultado fantástico. Hay que acentuar campañas para hacer que los medicamentos sean más baratos. Concentrarlo en una menor cantidad de medicamentos para favorecer la adhesión. Se debe continuar de la misma manera y anteponer recursos a la obtención de la vacuna.

4.- Nuestro país cuenta con la gratuidad de medicamentos que, por supuesto, debe continuar. Se debe crear un banco de datos para afectados. En ese banco de datos no se debe obviar la legítima defensa de la privacidad.

6.- Desde SEISIDA y los comités ciudadanos estamos trabajando en la precocidad en los medios de prevención. Empezamos la prevención a partir de chicos y chicas de entre 13 a 15 años ya que se está demostrando que la esta educación se debería haber iniciado con grupos más jóvenes.

**Jordi Samsó**

**Miembro del Casal Lambda de Barcelona, colectivo de personas homosexuales**

1.- Sí se ha modificado la percepción general del sida en nuestra sociedad. Tanto en la parte preventiva como en la asistencial. En los últimos años el sida ha empezado a tomar la dimensión que como enfermedad le pertenece. A pesar de esto, se sigue constatando marginación y discriminación.

2.- La falta de continuidad de las campañas preventivas así como la poca visibilidad y duración. Creo que hay diversas lecturas en relación con las estrategias preventivas. Las administraciones sanitarias, de salud pública, educativas y sociales, tienen un peso importante a la hora de hacer viables iniciativas preventivas de las ONG. Las informaciones con rigor y claridad no siempre llegan al sitio y momento preciso. Quizás se debería aprovechar además, las redes de información existentes y mejorar en la formación de sus agentes.

3.- La coordinación y trabajo de las diversas iniciativas de los sectores implicados: sanidad, educación, bienestar social... Para así poder incidir, de manera eficaz, en el gozo de la sexualidad y en la alegría de trabajar para una vida personal y colectiva en salud.

4.- En el ámbito técnico, mediatizar un discurso preventivo en el cual todo el mundo se sienta implicado. Nunca nadie se ha de sentir excluido de un posible contagio (incluidas las personas seropositivas). En definitiva poder personalizar la información. En este sentido hablar de 'grupos vulnerables' no me parece correcto. Y ciertamente hay personas que por distintas razones: exclusión social, marginación, prisión, trabajo, etc. Pueden estar expuestas a un mayor grado de contagio. Pero en ningún caso, estos hechos sociales han de definir y filtrar las estrategias preventivas que son válidas para todos. Todo lo contrario, tendríamos que añadir de manera sectorializada a través de otros mecanismos.

Estigmatizar a partir de una vulnerabilidad no ayuda a combatir nada. En este sentido, sólo hace falta repasar la historia y ver el gran error cometido, en el inicio de la enfermedad, de atribuirlo a personas por sus prácticas sexuales, siendo los hombres homosexuales los que más la sufrieron, inicialmente, por las discriminaciones y marginaciones. Actualmente este hecho ha cambiado mucho. Pero hemos de vigilar de no volver a cometer errores devastadores, no sólo con los derechos humanos sino también con la falta de rigor y responsabilidad científica que implicó promover infecciones inconscientes.

En el ámbito práctico uno de los obstáculos importantes radica en los criterios, valores y creencias de carácter moral-religioso. Estos pueden obstaculizar trabajos y estrategias que podrían ser eficaces. Por otro lado, las escasas partidas económicas de las administraciones e instituciones públicas destinadas a la prevención pueden representar también un gran obstáculo.

5.- La formación del personal sanitario y las dotaciones humanas y económicas destinadas al posterior tratamiento y seguimiento.

6.- Deberán ser las destinadas a personas jóvenes.

7.- Los talleres de sexo seguro de organizaciones y grupos de trabajo en la prevención. Que, por otro lado, creo que es una tarea poco reconocida en relación a su eficacia. También las diversas iniciativas de llevar las campañas preventivas a los centros educativos.

Las campañas institucionales y las llamadas puntuales del 1º.Diciembre y del 20 de mayo (Memorial) también se deberían mantener y potenciar. Ayudan a llevar el debate a muchos lugares y eso es interesante.

**José Torras**

**Presidente de la Fundación Anti-Sida de España (FASE)**

1.- Sí. Básicamente con los nuevos tratamientos y también en el tratamiento de los medios de comunicación. Antes cada semana había seis o siete noticias y ahora ha pasado a 2. Antes un 10% era sobre tema social, ahora el 100% es biología. La gente tiene la percepción que el sida ha disminuido. No es así, el termómetro de casos de sida está inutilizado debido a los cambios de definición de sida el 94, y a la incorporación de los nuevos fármacos, pero no se sabe si ha bajado la infección. Se puede saber que la infección por coito vaginal es la única vía que no ha bajado. Es grave porque la pandemia no ha llegado a su tope, en los países en los que están en el punto más alto la proporción hombres-mujeres es de 1 a 1. En España empezamos en 8 a 1 y ahora estamos en 4 a 1.

2.- Los debates son erróneos. La transmisión del VIH en población en general es básicamente por relaciones sexuales sin protección. No se deben mezclar los debates de salud y de moral, siempre ha habido conflicto en estos puntos. Cada vez que hay una campaña de prevención hay gente que se ve agredida en su moral. Los de Conferencia Episcopal se dedican a prevenir el sexo y es muy diferente a prevenir del sida. El gran error que se comete es utilizar el miedo, además es un error por su parte, porque el día que no haya VIH ya no hará falta ser casto, habrán perdidos los valores que ellos defienden. No se puede hacer competir los valores y la moral con el condón, que es una medida higiénica.

3.- La heroína da adicción a la heroína, no da de forma necesaria el VIH. El compartir la jeringuilla es lo que transmite el VIH. Si en la jeringuilla hay heroína, insulina o vitamina B12 es anecdótico. Que las políticas de prevención separen de una vez el tema de la droga. La prevención sobre la droga es una cosa y la prevención sobre sida es otra, pueden ir juntas pero son cosas diferentes. Los adictos necesitan ayuda, es un problema de salud. Otro punto es la falta de estímulo de los MMCC. Hasta ahora han sido fundamentales, han sido los grandes comunicadores y han dado mucha información por motu propio o por interés social. A partir del momento que ha dejado de ser noticia estamos perdiendo un factor de prevención a nivel de las campañas de los MMCC.

4.- Los políticos pueden perder interés en estos temas si baja la presión social, incluso la Unión Europea parece haber disminuido presupuestos. Los jóvenes que están haciendo el debut sexual actualmente ya conocen el VIH, el aprendizaje es diferente y el 80% utiliza condón. Se ha avanzado mucho.

5.- No se hace consejo asistido. El médico funciona por su éxito, que es publicar. Su espejo, su identidad es publicar. Triunfar dentro del campo médico y dentro de esta prioridad no está el consejo asistido. En el principio de la epidemia parecía que el consejo asistido se utilizaba más porque el médico no tenía nada que ofrecer, daba consejo, pero ahora tiene una batería de pastillas a ofrecer y volver a la idea que enfermedad es igual a medicación. Por lo que respecta al tratamiento es universal y gratuito. Precisamente el problema actual es la automedicación, debido a desconfianza con el médico y esto no puede ser.

6.- Trabajar mucho con el personal vulnerable.

7.- Nos ha ido muy bien los cursos de consejo asistido a las escuelas, y los cursos de formación de formadores. La metadona se aprobó el 91 y todavía hay lista de espera y en las cárceles hace muy poco que ha llegado. Es esta maldita burocracia lo entorpece todo.

**Josu Imanol Unanue**

**Presidente de Txo Hiesa, ONG anti-sida de Bermeo, Euskadi.**

**Organiza anualmente encuentros de seropositivos/as y enfermos/as de sida.**

- 1.- Sí, porque se ha trabajado mucho, sobretodo desde las ONG como grupos de presión e información.
- 2.- Los aspectos más llamativos sobre los debates son sobretodo lo relacionado con los fármacos y recursos disponibles así como el tema del registro que tanto nos preocupa.
- 3.- Sobretodo lo relacionado con romper la idea de que el sida va unido a colectivos y la extraña relación o interés entre las empresas farmacéuticas y ONG.
- 4.- El principal obstáculo es que los afectados por el VIH siempre hemos ido de víctimas y que muchos/as de nosotros/as no estamos dispuestos más que a ser egoístas y sólo 'chupar', sin ofrecer nada de sí mismo. En cuanto a la población en general hay que decir que si nosotros/as no tomamos un papel activo, difícilmente podrán hacerlo los que no lo viven en primera persona.
- 5.- En el tema del tratamiento nos dejamos llevar por las recomendaciones y consejos, no somos críticos ni contamos con muchos recursos para ello. Y luego, que el acceso a los tratamientos casi nunca es opcional.
- 6.- Las políticas de prevención irán encaminadas para proteger a la población sana, pero casi nunca para protegernos a nosotros/as, seguiremos con las demandas integradas.
- 7.- Sobretodo aquellas en las que hablan de nosotros como los factores de riesgo ( "protégete del bicho", "no se les nota"....)
- 8.- Apoyo a todas las políticas de prevención pero partiendo de que previamente han de normalizar nuestra situación para que podamos aportar todo al respecto.

