



PLAN ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIH Y OTRAS
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

2014-2017



Castilla-La Mancha

EL GRECO 2014



ÍNDICE

I.- Introducción

II.- Análisis de Situación

- 1.** Incidencia de Casos de SIDA
- 2.** Nuevos Diagnósticos de VIH
- 3.** Incidencia de las Infecciones de Transmisión Sexual
- 4.** Mortalidad por VIH/SIDA
- 5.** Ingresos Hospitalarios por VIH/SIDA
- 6.** Consumo de Antirretrovirales
- 7.** Conclusiones

III.- Líneas Estratégicas

IV.- Actuaciones

V.- Estructura del Plan

VI.- Evaluación



I.- INTRODUCCIÓN

El término síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) designa a un síndrome clínico grave, y fue utilizado por primera vez en 1981 para englobar a un conjunto de enfermedades caracterizadas por la pérdida de la inmunidad celular en adultos que no mostraban una causa evidente para tal deficiencia.

Posteriormente quedó bien establecido que el SIDA se corresponde con la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), un retrovirus del cual se han reconocido dos tipos (VIH-1 y VIH-2), que son diferentes desde el punto de vista serológico y geográfico, pero tienen características epidemiológicas similares.

En el transcurso de unas semanas a pocos meses tras la infección por el VIH, puede aparecer un síndrome agudo, similar a una mononucleosis infecciosa, que suele autolimitarse en una o dos semanas. La persona infectada permanecerá asintomática durante años, antes de que aparezcan nuevas manifestaciones clínicas. La gravedad de las infecciones oportunistas y patología tumoral relacionada con el VIH dependerá del grado de disfunción del sistema inmunitario que va causando el virus.

Se estima que, en ausencia de tratamiento, más del 90% de las personas infectadas, desarrollarán la fase de SIDA, cuya tasa de letalidad, si no se trata, es muy alta: en los países desarrollados, entre el 80 y el 90% de los pacientes no tratados solían morir en el término de 3 a 5 años después del diagnóstico de SIDA.

Desde que fue identificado en el año 1981, se estima que han muerto por SIDA o por enfermedades relacionadas con el complejo VIH/SIDA unos 36 millones de personas, situación que le convierte en una de las epidemias más destructivas en los anales de la historia

El empleo rutinario de fármacos profilácticos para las infecciones oportunistas, y la aparición de tratamientos antirretrovirales de gran actividad a mediados de la década de 1990, han permitido diferir la progresión a la fase de SIDA y disminuir significativamente la mortalidad por esta causa.

No obstante, a pesar de los importantes avances científicos que han mejorado de forma considerable el manejo y el pronóstico de las personas con VIH/SIDA, la infección por el VIH sigue siendo en la actualidad un importante problema de Salud Pública. A pesar de las recientes mejoras en el terreno del acceso al tratamiento con fármacos antirretrovirales y la atención sanitaria en muchas regiones del mundo, en el año 2012 la epidemia de SIDA acabó con la vida de 1,6 millones de personas, de las cuales 210.000 eran menores de 15 años. Además, en el año 2012, 35,3 millones de personas vivían con el VIH, de las cuales 17,7 millones eran mujeres y 3,3 millones niños menores de 15 años, produciéndose a lo largo del año 2012 en torno a 2,3 millones de nuevas infecciones de las que 260.000 correspondieron a menores de 15 años.

Aunque las diferentes investigaciones llevadas a cabo no hayan proporcionado hasta el momento la existencia de una vacuna eficaz, las diferentes estrategias terapéuticas o tratamientos combinados han logrado que solo un bajo porcentaje de pacientes desarrolle la enfermedad si el tratamiento se instaura de forma precoz, por tanto, aunque no existe vacuna ni tratamiento curativo del SIDA, si se cuenta con medicamentos que permiten a las personas infectadas vivir más tiempo y con mejor calidad de vida.



Sin dejar de lado la prevención, que continúa siendo una forma eficaz de control de la infección por el VIH, existe la necesidad de que en el abordaje del VIH/SIDA se contemplen nuevas estrategias de actuación centradas especialmente en el diagnóstico precoz, en la vigilancia de la infección y en el tratamiento como estrategia de prevención.

Los grandes objetivos de prevención, siguen siendo los que ya se aprobaron en 1987 por la Asamblea Mundial de la Salud: prevenir nuevas infecciones, reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia y movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección por el VIH/SIDA.

La eficiencia de las intervenciones preventivas aumenta cuando se dirigen a las poblaciones con mayor riesgo de infección. Pero este tipo de intervenciones no son suficientes por sí solas, siendo imprescindible complementarlas con otras destinadas a la población general.

La percepción social del SIDA ha cambiado mucho en estos últimos años. El marcado descenso del número de casos de SIDA que se diagnostican cada año, el importante descenso de la mortalidad por esta causa, la evidente mejoría de la calidad de vida y el pronóstico de las personas infectadas, ha contribuido a extender entre la población, la percepción de que la infección por VIH/SIDA está controlada en España y a provocar, especialmente en los jóvenes, una percepción distorsionada del riesgo.

Sin embargo, esta percepción no se corresponde con la realidad, siendo necesario profundizar, actualizar y potenciar los diferentes Programas y Planes de Intervención, enfatizando en el abordaje sanitario, social y laboral de las personas que conviven con el VIH/SIDA.



II.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1. Incidencia de Casos de SIDA

1.1.- Situación a Nivel Nacional

El Registro Nacional de Casos de SIDA ofrece información sobre la situación actual y la evolución del SIDA en España. La incidencia de SIDA es un indicador de la frecuencia y evolución de los estadios avanzados de la infección por VIH en la población. Este indicador es clave para evaluar la efectividad de los tratamientos y las intervenciones que tienen mayor impacto en la evolución del SIDA, tanto en el ámbito individual como comunitario. Sin embargo, no aporta información sobre la frecuencia de nuevas infecciones por VIH en la población ni de su evolución reciente, pudiéndose dar el hecho de que aumenten las nuevas infecciones mientras que la incidencia de casos de SIDA siga una tendencia diferente.

Hasta el 30 de junio de 2014 se notificaron 604 casos de SIDA diagnosticados en 2013. Tras corregir los datos, por el retraso en la notificación, se estima que el año 2013 se habrán diagnosticado en España 760 casos de SIDA, lo que confirma la tendencia descendente de los últimos años.

El 77,5% de los casos de SIDA eran hombres. La edad mediana al diagnóstico se sitúa en los 43 años, siendo algo mayor en los hombres que en las mujeres (43 frente a 41 años). La proporción de casos pediátricos (menores de 13 años) se sitúa en el 0,4%.

El 33,4% de las personas que desarrollaron SIDA en 2013 contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas, aunque dicha transmisión en números absolutos, afecta a más hombres que a mujeres, entre las últimas adquiere especial relevancia al representar el 62% de los diagnósticos de SIDA notificados en mujeres en 2013. La transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) supone el 32,3% de todos los casos y el 41,7% de los que afectan a hombres. El 22,5% de las personas que se diagnosticaron de SIDA en 2013 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas (UDI). Por lo tanto, en conjunto, se observa un predominio de la transmisión sexual, suponiendo el 66,7% de los nuevos casos de SIDA en 2013.

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 84.043 casos de SIDA. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos de SIDA notificados ha experimentado un progresivo declive, de forma que los casos notificados en 2013 suponen un descenso del 88,7% respecto a los notificados en 1996, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA).

Con respecto al año 2012, en el año 2013 los casos de SIDA descendieron un 34% (17% corrigiendo por retraso en la notificación), principalmente por el descenso continuando en la transmisión en UDI (-37,8%%)

Hasta 1997 la proporción de casos de SIDA en personas nacidas fuera de España estuvo por debajo del 3%, pero desde entonces esta cifra se ha incrementado progresivamente hasta alcanzar el 28% en 2013. En este último año, el 53% de estas personas extranjeras procedían de Latinoamérica y el 17% de África Subsahariana.



En el periodo 2009-2013 la tuberculosis de cualquier localización y la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* siguieron siendo las enfermedades indicativas de SIDA más frecuentes, afectando cada una de ellas al 26% de todos los casos. Les sigue en frecuencia la candidiasis esofágica (12,7%%).

A pesar del marcado descenso de la incidencia de SIDA en España desde la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales, para mantener esta tendencia decreciente, además de reforzar las medidas de prevención, es necesario potenciar las intervenciones destinadas a promover la prueba del VIH, el consejo y el diagnóstico precoz de la infección en personas que hayan tenido prácticas de riesgo.

1.2.- Situación en Castilla-La Mancha

Desde el comienzo de la epidemia en 1981 y hasta la fecha de referencia del último informe (30 de Junio de 2014) se han notificado al Registro de SIDA de Castilla-La Mancha 1.533 casos de SIDA de personas residentes en Castilla-La Mancha, de las que se ha comunicado, hasta el momento, el fallecimiento de 855 (55,7% del total).

De los 1.533 casos de SIDA declarados en el Registro Regional desde 1981, veintiún casos fueron diagnosticados en el año 2010, quince en el año 2011, veintisiete en el año 2012, quince en 2013 y nueve en 2014, aunque es previsible que se declaren más casos sobre todo relativos a los años 2013 y 2014.

Castilla-La Mancha tiene una tasa de incidencia acumulada 878 casos por millón de habitantes. Guadalajara (1.679 casos por millón de habitantes) y Toledo (1.356 casos por millón de habitantes), son las provincias con mayor tasa acumulada; Cuenca (730 casos por millón de habitantes), Albacete (531 casos por millón de habitantes) y Ciudad Real (388 casos por millón de habitantes), tienen tasas inferiores a la regional

En 2013 la tasa anual de SIDA de Castilla-La Mancha fue de 7,2 casos por millón de habitantes. Guadalajara es la provincia con mayor tasa anual (15,6 casos por millón de habitantes), seguida de Toledo (10,0 casos por millón de habitantes) y Albacete (7,5 casos por millón de habitantes); con una tasa inferior a la regional se sitúan Ciudad Real (1,9 casos por millón de habitantes) y Cuenca, donde no se ha declarado ningún caso. No obstante, como consecuencia del retraso en la notificación, se espera que estas tasas se puedan incrementar ligeramente.

El SIDA es una enfermedad que afecta sobre todo a personas del sexo masculino en las edades medias de la vida: el 82,5% de los casos diagnosticados en Castilla-La Mancha desde 1981 son hombres y el 55,1% de todos los casos corresponden a varones con edades comprendidas entre 25 y 39 años. El porcentaje de mujeres en este tramo de edad (25-39) es el 11,2% del total de casos. Los casos pediátricos (<13 años) suponen el 1,2 % del total de casos.

Desde el comienzo de la epidemia se observa un aumento en la edad media al diagnóstico de SIDA. En el conjunto de los casos, la edad media al diagnóstico ha pasado de 29 años en el año 1988 hasta los 40 años en el año 2013. En ese mismo periodo de tiempo, en varones la edad media al diagnóstico ha pasado de 29 a 40 años y en la mujeres de 32 a 40 años..



En UDIs la edad media al diagnóstico de SIDA ha aumentado de 29 años en el año 1988 hasta 46 años en el año 2013. En la transmisión heterosexual, ha pasado de 38 años en 1988 hasta 40 años en el año 2013.

Las categorías de transmisión más frecuentes en los 1.533 casos declarados desde 1981 corresponden a UDIs (61,4%), transmisión heterosexual (19,2%) y a transmisión homo/bisexual (8,3%).

La transmisión por vía sexual tiene más peso relativo en mujeres (36,4% de los casos femeninos), que en hombres (25,7% de los casos masculinos), mientras que la transmisión en UDIs tiene más peso relativo en hombres (64,5%) que en mujeres (47,2%).

En el periodo de 2000-2013, las enfermedades indicativas de SIDA más frecuentes en adultos y adolescentes corresponden a la tuberculosis de cualquier localización (28,5%), neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (25,7%) y candidiasis esofágica (14,6%)

En los últimos años se observa un cambio en el patrón de categorías de transmisión relacionadas con el SIDA. Si se comparan los casos diagnosticados en el periodo de 1981-1996 con los casos diagnosticados en el periodo de 1997-2014, se observan algunas diferencias:

- a) Un aumento de los casos debido a la transmisión sexual (21,9% en el periodo de 1981-1996 y 34,4% en el periodo de 1997-2014); aunque inferior al aumento porcentual que se observa en España, dentro de la misma categoría de transmisión (26,1% en el periodo de 1981-1996, y 42,2% en el periodo 1997-2014).
- b) En las mujeres se produce un aumento importante de casos relacionados con transmisión heterosexual (del 28,5% en el periodo 1981-1996 al 44,7% del total de los casos femeninos en el periodo 1997-2014).
- c) Disminución del peso relativo de los casos de UDIs (del 69,7% al 51,6%). Destaca la disminución porcentual entre las mujeres que adquieren la enfermedad a través de esta vía, que ha pasado del 59,1% en el periodo de 1981-1996 al 34,8% en el periodo de 1997-2014.
- d) Se produce una disminución en los porcentajes correspondientes a receptores de hemoderivados y transfusiones (3,6% en el periodo 1981-1996 frente al 1,0% en el periodo 1997-2014).
- e) El porcentaje correspondiente a la categoría de transmisión hijo de madre de riesgo no varía en dichos periodos (1,1% en ambos).

1.3.- Tiempo Transcurrido entre el Diagnóstico de la Infección por VIH y el Diagnóstico de SIDA

La calidad de vida y la supervivencia de los pacientes infectados por el VIH dependen en gran parte de la precocidad del diagnóstico. Un diagnóstico de infección por VIH es tardío cuando se realiza en un paciente cuyo sistema inmunitario se encuentra ya deteriorado. Cuando la infección se detecta con ocasión de padecer una enfermedad indicativa y, por tanto, el diagnóstico de infección y el de SIDA son simultáneos, se habla de diagnóstico tardío.



En Castilla La Mancha durante el periodo 2000-2014 el 54,0% de los casos de SIDA se han diagnosticado en un intervalo inferior a los dos meses desde el primer diagnóstico de VIH, con lo que no se han podido beneficiar del tratamiento que retrasa el paso de VIH a SIDA.

Por categorías de transmisión, en el 82,5% de los hombres homo/bisexuales y en el 65,3% de las personas con transmisión heterosexual, el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de la infección por VIH y el de SIDA fue inferior a dos meses.

Los UDIs, posiblemente por tener una mayor percepción individual del riesgo y por ser objeto de prescripción de la prueba de VIH con mayor frecuencia, son la categoría de transmisión con menor proporción de diagnósticos de VIH tardíos (22,3%). Entre las mujeres la proporción de casos con diagnóstico tardío fue menor que en hombres (45,3% frente a 56,2% respectivamente).



2.- Nuevos Diagnósticos de VIH

2.1.- Situación en España

Con la incorporación de Andalucía, en el año 2013 todas las comunidades autónomas junto con las ciudades de Ceuta y Melilla han participado en el Sistema de Vigilancia de Nuevos Diagnósticos por el VIH. Hasta el 30 de junio de 2014 se han notificado al Registro Nacional un total de 3.278 nuevos diagnósticos de VIH correspondientes al año 2013, lo que representa una tasa de 7,0 por 100.000 habitantes sin ajustar por retraso en la notificación.

Los hombres suponen el 85% de los nuevos diagnósticos de VIH y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron respectivamente 12,1 y 2,1 por 100.000 habitantes. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 35 años, sin diferencias significativas por sexo, y las tasas más altas se produjeron en los grupos de edad de 25 a 29 años y de 30 a 34 años

La transmisión en HSH fue la más frecuente (51,2%), seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 28,5%, y la de UDIs, que sumó un 4,4%. Por tanto, el 80% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2013 tienen su origen en la transmisión sexual.

Desglosadas las categorías de transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión HSH supone el 60,2% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2013, y la transmisión heterosexual el 19,4%. Entre las mujeres, la gran mayoría corresponden a transmisión heterosexual con un 80,3% de los nuevos diagnósticos.

En el año 2013, el 32,5% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (16%). Cabe destacar que, en el caso de las mujeres, más del 50% de los nuevos diagnósticos eran inmigrantes.

Al comparar las distintas regiones de origen, se observa que en los casos procedentes de Europa Occidental y Latinoamérica, al igual que en españoles, la transmisión entre HSH es la predominante (67,9%, 62,2% y 54,3% respectivamente). En los subsaharianos, en cambio, el 87,8% adquirió la infección a través de la transmisión heterosexual, frente al 23,8% que representa en españoles.

Los españoles son mayoritarios en todas las categorías de transmisión. Sin embargo, en la heterosexual, el 43,4% son inmigrantes, principalmente de origen latinoamericano y subsahariano. También el porcentaje de inmigrantes es alto entre los diagnósticos en HSH: tras los de origen español (71%), destacaron los de origen latinoamericano (19,5%).

El 84% de los nuevos diagnósticos de VIH en el año 2013 disponían de información sobre la primera determinación de linfocitos CD4 realizada tras el diagnóstico. La mediana de CD4 fue de 378. El porcentaje de Enfermedad Avanzada (recuento de linfocitos CD4 < 200 células/ml) fue del 27,3%, y el de Diagnóstico Tardío (recuento de linfocitos CD4 < 350 células/ml) del 46,6%.

Al ser analizado según el sexo y modo de transmisión, el Diagnóstico Tardío (DT) es máximo en el grupo de hombres heterosexuales (58,5%), seguido por el de los UDIs (55%), y transmisión heterosexual en mujeres (55%). Los HSH, con un 40%, son el grupo con



menor porcentaje de DT; sin embargo, dado el peso que tienen en las cifras globales, son el grupo más numeroso entre los casos de VIH con diagnóstico tardío (48% del total).

El DT aumenta también con la edad, pasando de un 30% en el grupo de 20 a 24 años, hasta un 66,2% en los mayores de 49 años.

Doce comunidades autónomas (Castilla La Mancha entre ellas) junto con las ciudades de Ceuta y Melilla han notificado sus casos de forma consistente desde el año 2008. Por ello, para analizar las tendencias de los nuevos diagnósticos de VIH se han utilizado sólo los datos aportados por estas comunidades autónomas.

En estas 12 comunidades autónomas, entre el año 2008 y el año 2013 se observan un descenso de 968 notificaciones de nuevas infecciones por VIH (-29,2%). El descenso es mayor porcentualmente en mujeres (-51,2%) que en varones (-23,4%). Asimismo, se observa un descenso progresivo del porcentaje que suponen las mujeres, pasando del 20,9% en 2008 al 14,4% en 2013.

Por categoría de transmisión, el descenso más importante se observa en UDIs (-57,8%), seguido por casos por transmisión heterosexual (-42,5%). En estas dos categorías se observan un descenso sostenido del número anual de nuevas infecciones, algo que no ocurre en HSH, ya que si bien en el conjunto del periodo se observa un descenso del -13,4%, desde el año 2008 hasta el año 2011 se observa un aumento del 9,6%, aunque parece que en los últimos años tiende a estabilizarse o descender ligeramente el número de nuevas infecciones en HSH.

El porcentaje de personas diagnosticadas cuyo país de origen no es España aumentó de forma progresiva en la primera mitad de la década del 2000, pero las cifras se estabilizaron a partir del 2005 y desde el año 2010 parece haberse iniciado un descenso. Analizando los datos por regiones de nacimiento, los subsaharianos descienden claramente en el periodo, mientras que el porcentaje de latinoamericanos se incrementa hasta 2010, y a partir de entonces disminuye.

Al analizar la distribución de los casos por zona de nacimiento y categoría de transmisión se aprecia que, entre los españoles, la transmisión entre HSH es mayoritaria durante todo el periodo de estudio. Entre los nacidos en otros países, la transmisión entre heterosexuales predomina hasta 2009, momento en el que los HSH se hacen predominantes.

Al analizar la evolución del porcentaje de DT a lo largo del periodo se observa un leve descenso en el conjunto de datos, que no es estadísticamente significativo.

2.2.- Situación en Castilla-La Mancha

Hasta el 30 de Junio de 2014 se han declarado al Sistema Especial de Vigilancia de Nuevas Infecciones por VIH en Castilla-La Mancha, un total de 561 casos de nuevas infecciones por VIH correspondientes a los años de 2008 a 2014, de los cuales 9 residen en otra comunidad autónoma. Cuatrocientos treinta y dos casos corresponden a varones (77,0%) y 129 a mujeres (23,0%).

La tasa media anual de nuevas infecciones en el periodo 2008-2013 ha sido de 4,22 casos por 100.000 habitantes; la tasa en varones ha sido de 6,37 casos por 100.000 habitantes y



en mujeres de 2,02 casos por 100.000 habitantes. La tasa en varones se mantiene estable desde el año 2011, mientras que en las mujeres se aprecia una ligera tendencia descendente.

El 68,4% de todos los casos corresponden a personas de 25 a 44 años de edad; el 53,41% de todos los casos corresponden a varones cuyas edades están comprendidas entre 25 y 44 años. Las mujeres de esos grupos de edad suponen el 14,96% de todos los casos.

En varones, las mayores tasas por millón de habitantes corresponden a los grupos de edad de 25 a 34 años (tasa media anual de 16,09 por 100.000 habitantes) y de 35 a 44 años (11,06 por 100.000 habitantes). En mujeres las mayores tasas corresponden a los grupos de 25 a 34 años (5,03 por 100.000 habitantes) y de 35 a 44 (3,40 por 100.000 habitantes).

La mayor tasa provincial en el conjunto del periodo 2008-2013 le corresponde a Guadalajara (tasa media anual de 7,06 por 100.000 habitantes). El resto de las provincias tienen tasas similares (entre 4 y 5 casos por 100.000 habitantes), excepto Ciudad Real con una tasa muy baja (2,67 por 100.000 habitantes), probablemente por infranotificación.

En varones, la mayor tasa provincial en el conjunto del periodo 2008-2013 igualmente le corresponde a Guadalajara (tasa media anual de 9,26 por 100.000 habitantes). El resto de provincias tienen tasas similares (entre 6 y 7 por 100.000 habitantes), excepto Ciudad Real con 4,40 casos por 100.000 habitantes.

En mujeres, Guadalajara con 4,75 casos por 100.000 habitantes tiene una tasa sensiblemente mayor que la regional, mientras que las tasas de las demás son similares entre sí (en torno a 2 por 100.000 habitantes), excepto Ciudad Real con una tasa sensiblemente inferior (0,95 casos por 100.000 habitantes).

El 59,5% de todos los casos tienen como país de origen España y el 35,6% proceden de otros países; las mujeres de origen extranjero suponen el 63,2% y los hombres el 27,0.

La provincia con mayor porcentaje de extranjeros es Guadalajara (57,0%) y la provincia con menor porcentaje de extranjeros es Ciudad Real (21,4%). En mujeres, Guadalajara (82,9%) y Albacete (68,0%) son las provincias con mayor peso relativo de las mujeres nacidas fuera de España. Las demás provincias se sitúan entre el 46% y el 55%. En varones, Guadalajara también es la provincia con mayor peso relativo de casos extranjeros (44,4%), mientras que las demás provincias oscilan entre el 29,1% de Albacete y el 15,9% de Ciudad Real.

El 14,8% de todos los casos proceden de países de América Latina, el 13,8% de África y el 6,8% de países de Europa. En varones se mantienen de forma aproximada estas proporciones, sin embargo en mujeres el mayor peso relativo le corresponde a las mujeres procedentes de países de África (30,4%), seguidas por las mujeres procedentes de América Latina (20,8%) de Europa (12,0%).

El 54,9% de las pruebas analíticas de VIH se prescribieron por servicios hospitalarios: el 21,0% en consultas de VIH y enfermedades de transmisión sexual, y el 32,0% en otros servicios hospitalarios. Tan sólo el 36,2% se prescribieron en Centros de Atención Primaria y el 1,9% en consultas de atención al embarazo, En centros penitenciarios se prescribieron el 1,5% de todas las pruebas y en centros de atención a drogodependientes el 1,5% del total.



El 15,9% de todos los casos se diagnostican cuando la enfermedad ya había evolucionado a SIDA; ese porcentaje es mayor en varones (16,9%) que en mujeres (12,8%). Guadalajara y Toledo es la provincia con menor porcentaje de casos con estadio SIDA en el momento del diagnóstico de VIH (12,5), mientras que Ciudad Real es la provincia con mayor porcentaje de SIDA en momento del diagnóstico inicial de VIH (23,8%).

El 16,9% de todos los casos se diagnostican cuando la enfermedad presentaba síntomas (infección sintomática); este porcentaje es mayor en mujeres (21,6%) que en varones (15,4%).

En consecuencia, en Castilla-La Mancha el 32,8% de las nuevas infecciones por VIH se diagnostican cuando se encuentran con síntomas o han pasado a la categoría de SIDA; (32,3% en varones y 34,4% en mujeres).

El estadio en el momento en el que se diagnostica la infección por VIH parece estar asociado con la edad, de tal forma que a mayor edad el estadio clínico de la infección es más avanzado: el 7,8% de las nuevas infecciones por VIH se encuentran en estadio SIDA en el grupo de edad de 15 a 24 años; ese porcentaje aumenta según aumenta la edad hasta alcanzar el 41,7% en el caso de las personas de 65 a 74 años.

El 43,6% de todos los casos de VIH se corresponden con un “diagnóstico tardío” (CD4 < 350); el 27,7% tienen un recuento de CD4 menor de 200, lo que supone que son diagnosticados en el estadio “enfermedad avanzada”. Estos porcentajes son similares en varones y en mujeres.

En el momento actual de la epidemia se puede afirmar que el principal factor de riesgo relacionado con la transmisión del VIH lo constituyen las prácticas sexuales de riesgo, habiendo perdido peso la transmisión por drogas que fue el principal factor de riesgo de la epidemia de SIDA en sus primeras décadas.

En varones la transmisión por relaciones sexuales suponen el 68,0% de todos los casos (83,3% si se excluyen en el cálculo los casos con factor de riesgo desconocido); las relaciones homo-bisexuales suponen el 40,0% de los casos (48,9% excluyendo los casos con factor de riesgo desconocido), y la transmisión por relaciones heterosexuales el 28,0% (34,3% sin los casos con factor de riesgo desconocido), mientras que la transmisión por uso de drogas inyectables (UDI) supone el 9,9% (12,2% sin los casos con factor de riesgo desconocido).

En mujeres la transmisión por relaciones heterosexuales supone el 73,6%, mientras que la transmisión por UDI supone el 5,6% de los casos en mujeres. Estos porcentajes se modifican substancialmente si se excluyen del cálculo los casos en los que no consta el diagnóstico. En este caso la transmisión por relaciones heterosexuales supone el 90,2%, mientras que la transmisión por UDI supone el 6,9% de los casos en mujeres.

3.- Incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual

En España y en Castilla-La Mancha, las infecciones de transmisión sexual (ITS) sometidas a vigilancia son la sífilis, la sífilis congénita y la gonococia. Todas ellas son enfermedades de declaración obligatoria (EDO) desde 1982. A nivel nacional solamente se declaran de forma numérica, mientras que en Castilla-La Mancha son de declaración numérica e individualizada. **Con la nueva reforma de las EDO, prevista para 2015**, pasarán a ser



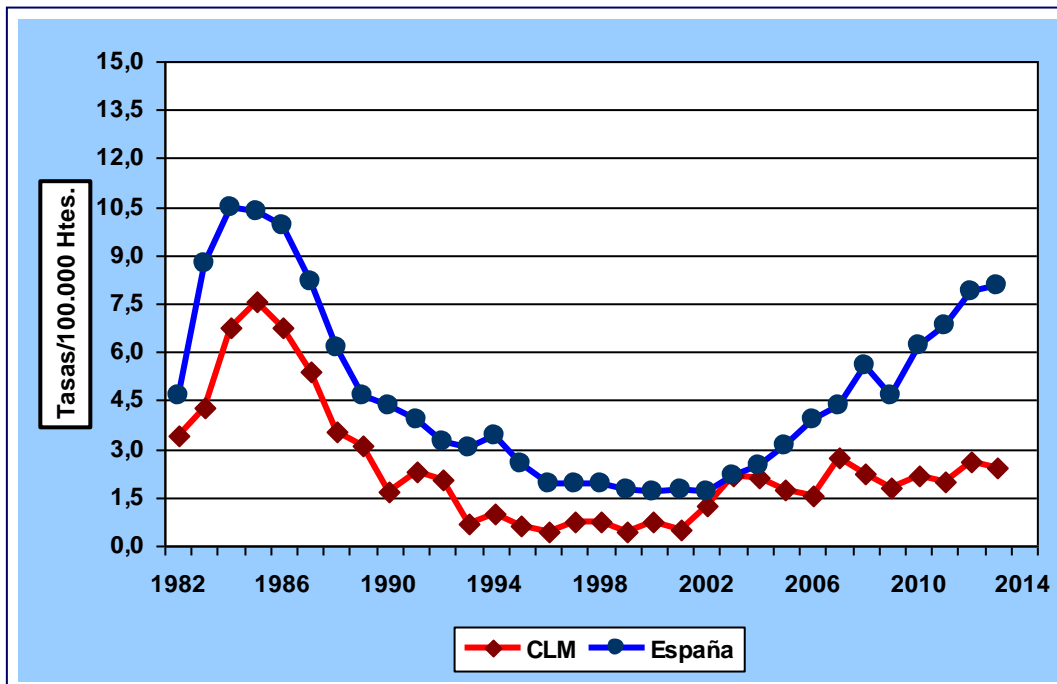
EDO de forma individualizada, incorporándose además al sistema EDO la clamidiasis y el linfogranuloma venéreo.

3.1.- Incidencia de Sífilis

En el año 2013 se declararon en España 3.729 casos de sífilis (8,03 casos por 100.000 habitantes) mientras que en Castilla-La Mancha se declararon 50 casos (2,44 casos por 100.000 habitantes).

Las tasas más elevadas del periodo 1982-2013 se observan, tanto en España como en Castilla-La Mancha, en la mitad de la década de los 80, observándose a partir de entonces un descenso muy acusado hasta el final de los 90, fecha a partir de la cual se aprecia un aumento constante de las tasas, con mayor incremento a nivel nacional.

Figura 1.- Tasa Anual de Incidencia de Sífilis por 100.000 Habitantes Castilla-La Mancha y España, 1982-2013

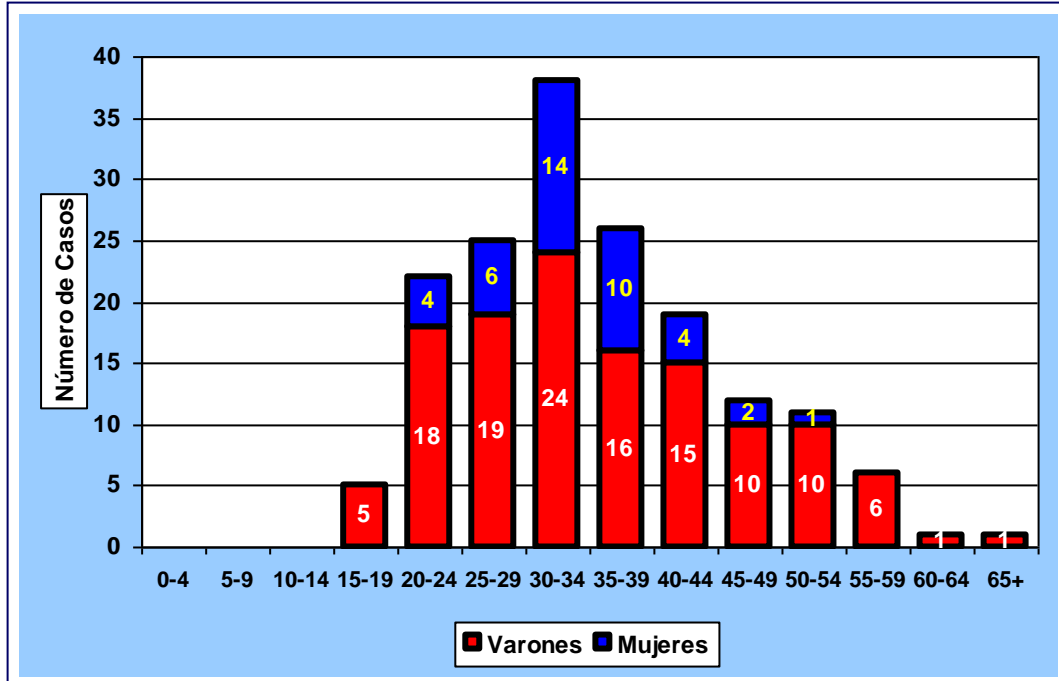


En el periodo 2011-2014 en Castilla-La Mancha, los varones suponen el 75% de todos los casos de sífilis.

En ese mismo periodo, se observa que los casos se concentran en las edades de 20 a 44 años (78,3% del total), siendo el grupo de edad de 30 a 34 años, el de mayor peso relativo con el 22,9% de todos los casos.



**Figura 2.- Número de Casos de Sífilis por Grupos de Edad y Sexo
Castilla-La Mancha, 2011-2014**



3.2.- Incidencia de Gonococia

En el año 2013 se declararon en España 3.314 casos de gonococia (7,15 casos por 100.000 habitantes) mientras que en Castilla-La Mancha se declararon 47 casos (2,29 casos por 100.000 habitantes).

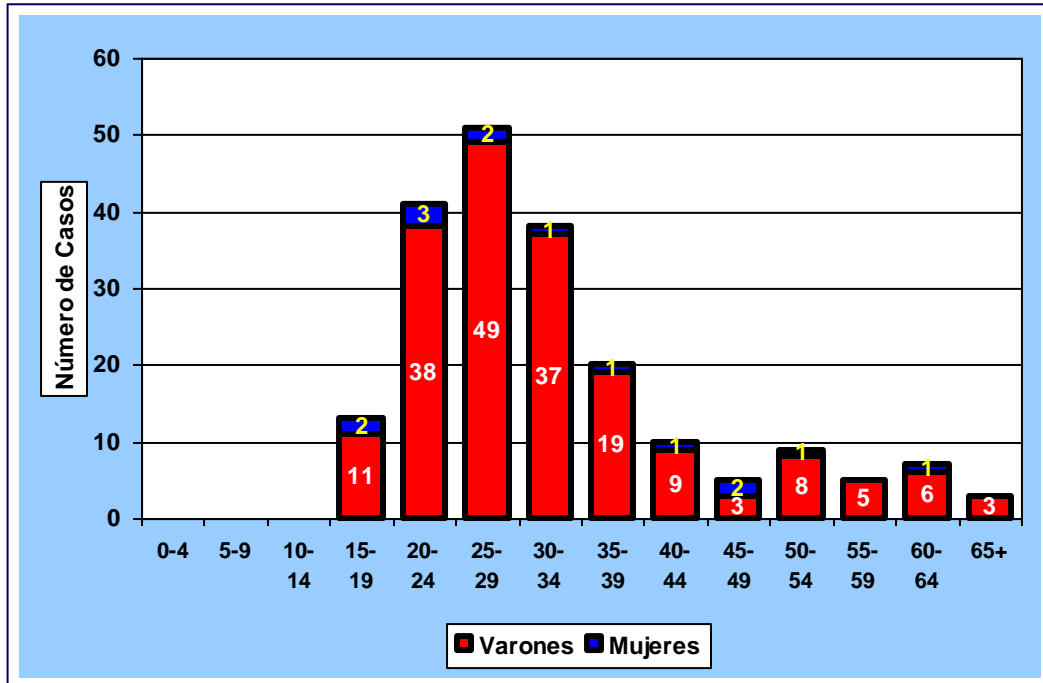
Las tasas más elevadas del periodo 1982-2013 se observan, tanto en España como en Castilla-La Mancha, en la mitad de la década de los 80, observándose a partir de entonces un descenso acusado hasta el final de los 90, fecha a partir de la cual se aprecia un aumento constante de las tasas, ligeramente más acusado a nivel nacional, aunque la diferencia es de menor intensidad que la sífilis.

En el periodo 2011-2014 en Castilla-La Mancha, los varones suponen el 93% de todos los casos de gonococia.

En ese mismo periodo, se observa que los casos se concentran en las edades de 20 a 34 años (70,8% del total), siendo el grupo de edad el de mayor peso relativo el de 25 a 29 años con el 25,2% de todos los casos.



Figura 3.- Número de Casos de Gonococia por Grupos de Edad y Sexo Castilla-La Mancha, 2011-2014

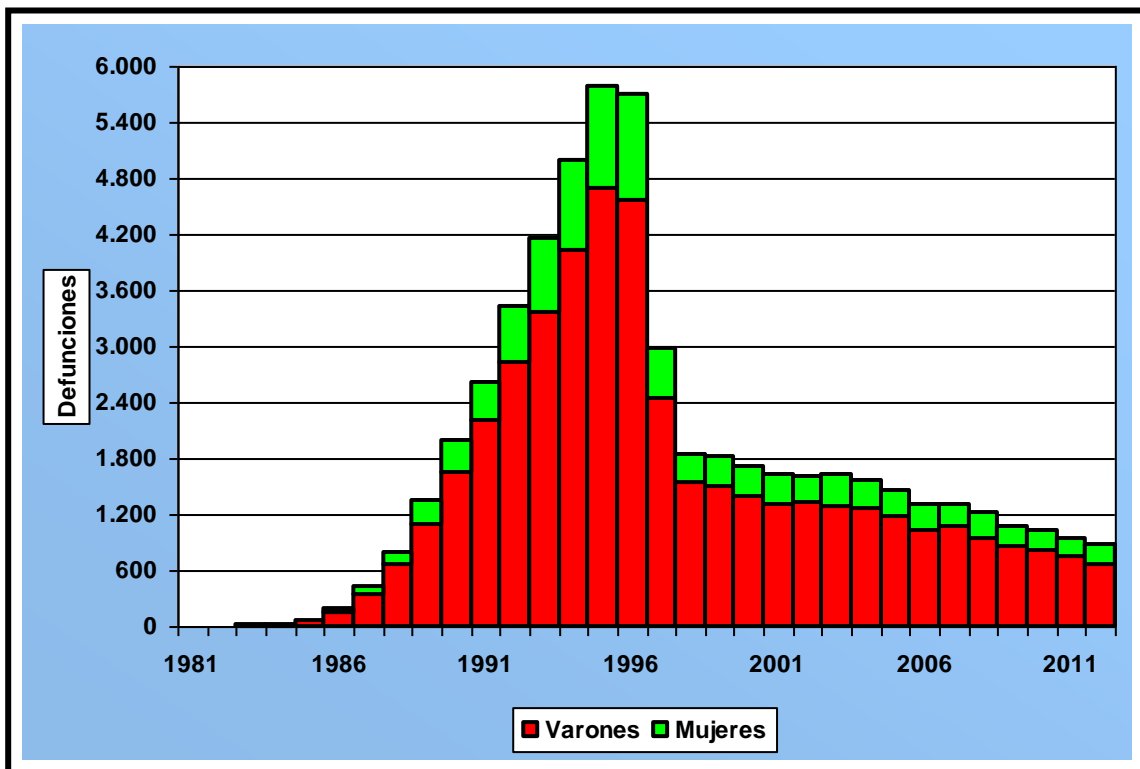




4.- Mortalidad por VIH/SIDA

Desde 1981 (año del comienzo de la epidemia) hasta 2012 se han registrado en España 55.543 defunciones por VIH/SIDA (**Figura 3**), lo que supone una tasa media anual de 4,12 por 100.000 habitantes, de los cuales el 81,2% corresponden a varones ((tasa media anual de 6,80 por 100.000 habitantes) y el 18,8% a mujeres (tasa media anual de 1,52 por 100.000 habitantes).

Figura 3.- Número Anual de Defunciones por VIH/SIDA según Sexo España, 1981-2012



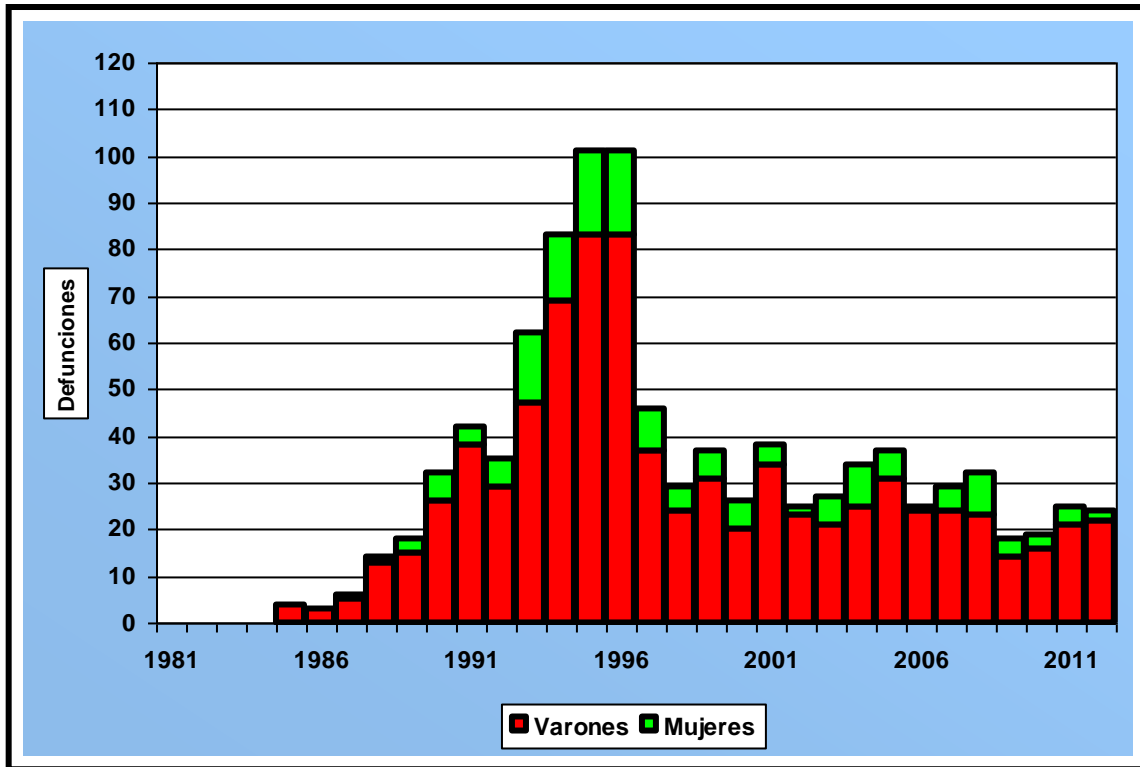
En ese mismo periodo, en Castilla-La Mancha se han registrado 972 defunciones por VIH/SIDA (**Figura 4**), lo que supone una tasa media anual de 1,66 por 100.000 habitantes, de los cuales el 82,6% corresponden a varones (tasa media anual de 2,74 por 100.000 habitantes) y el 17,4% a mujeres (tasa media anual de 0,57 por 100.000 Habitantes).

Las provincias de Castilla-La Mancha con mayor tasa acumulada de mortalidad por VIH/SIDA en el periodo 1981-2012 son Guadalajara (tasa media anual de 2,13 por 100.000 Habitantes) y Toledo (tasa media anual de 2,06 por 100.000 habitantes). Ciudad Real con 1,62 por 100.000 Habitantes tiene una tasa media anual similar a la regional. Albacete (1,16 por 100.000 habitantes) y Cuenca (1,15 por 100.000 habitantes) tienen tasas inferiores a la regional.

En el trienio 2010-2012 se han registrado en España 2.853 defunciones por VIH/SIDA (tasa media anual de 2,04 por 100.000 habitantes), de las cuales el 78,7% corresponden a varones y el 21,3% a mujeres. En Castilla-La Mancha en el mismo periodo se han registrado 68 defunciones por VIH/SIDA (tasa media anual de 1,08 por 100.000 habitantes), de las cuales el 82,7% corresponden a varones y el 17,4% a mujeres.



**Figura 4.- Número Anual de Defunciones por VIH/SIDA según Sexo
Castilla-La Mancha, 1981-2012**



En el trienio 2010-2012, Ciudad Real con una tasa media anual de 1,33 defunciones por 100.000 habitantes, es la provincia de Castilla-la Mancha con mayor tasa de mortalidad por VIH/SIDA. Albacete (1,25 por 100.000 habitantes) también tiene una tasa media anual de mortalidad superior a la regional en ese periodo. Las demás provincias tienen tasas inferiores a la media regional. Aunque las tasas son muy bajas, y por lo tanto sujetas a una gran variabilidad, parece que el comportamiento de la mortalidad provincial por VIH/SIDA en el último trienio es diferente al comportamiento de la mortalidad provincial acumulada en el periodo 1981-2012.

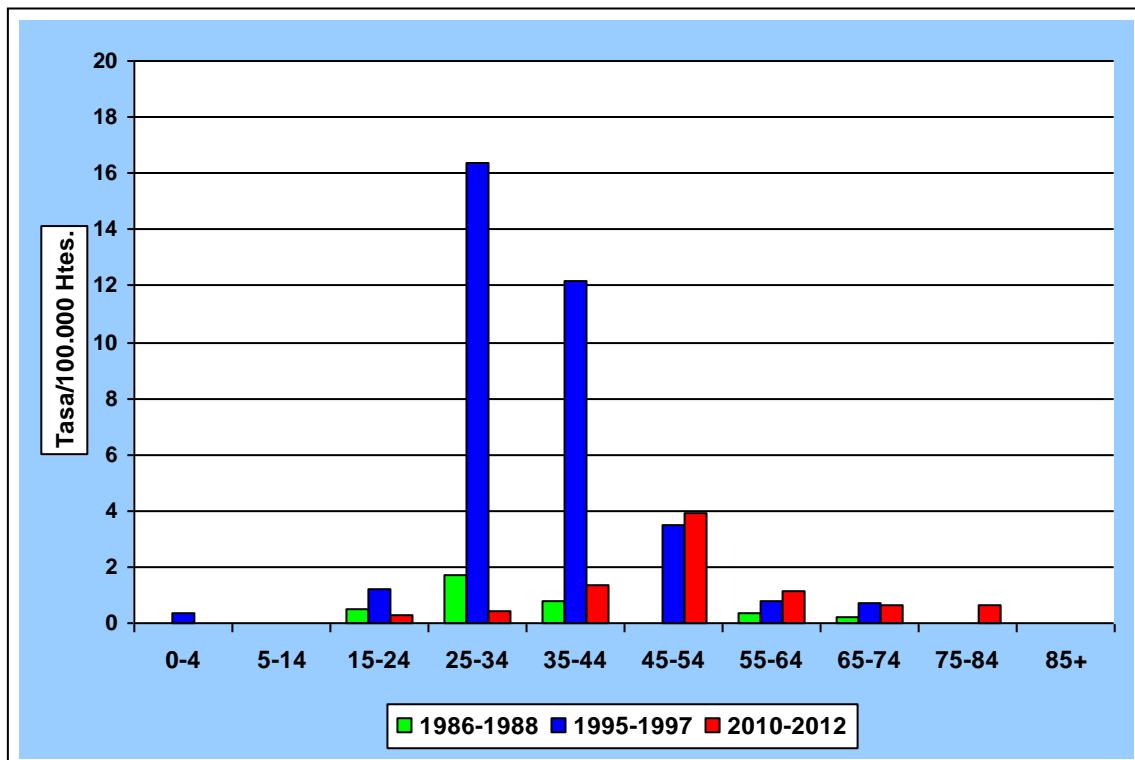
En España y en Castilla-La Mancha, en el conjunto del periodo, las tasas específicas de mortalidad en varones son superiores a las de las mujeres en cualquier edad. En España, las tasas específicas más elevadas en varones, corresponden a los grupos de edad de 25-34 y 35-44 (ambas en torno a 17 por 100.000 habitantes); en mujeres la tasa más elevada corresponde al grupo de edad de 25-34 años (4,66 por 100.000 habitantes), observándose mayor diferencia con el grupo de 35-44 años (3,33 por 100.000 habitantes) que en los varones. En Castilla-La Mancha, las tasas específicas son más bajas que las de España, aunque el comportamiento es similar.

Si se analizan las tasas específicas según trienio, se observa que las mayores tasas, en Castilla-La Mancha y en España, corresponden al trienio 1995-1997. Desde entonces se aprecia un descenso generalizado de las tasas específicas, muy acusado en los grupos de



edad de 25-34 y 35-44 años, aunque no tanto en los siguientes grupos de edad, observándose incluso aumentos de las tasas específicas en edades avanzadas (Figura 5).

**Figura 5.- Tasas Específicas de Mortalidad por VIH/SIDA según Trienio
Castilla-La Mancha, 1981-2012 (Ambos Sexos)**



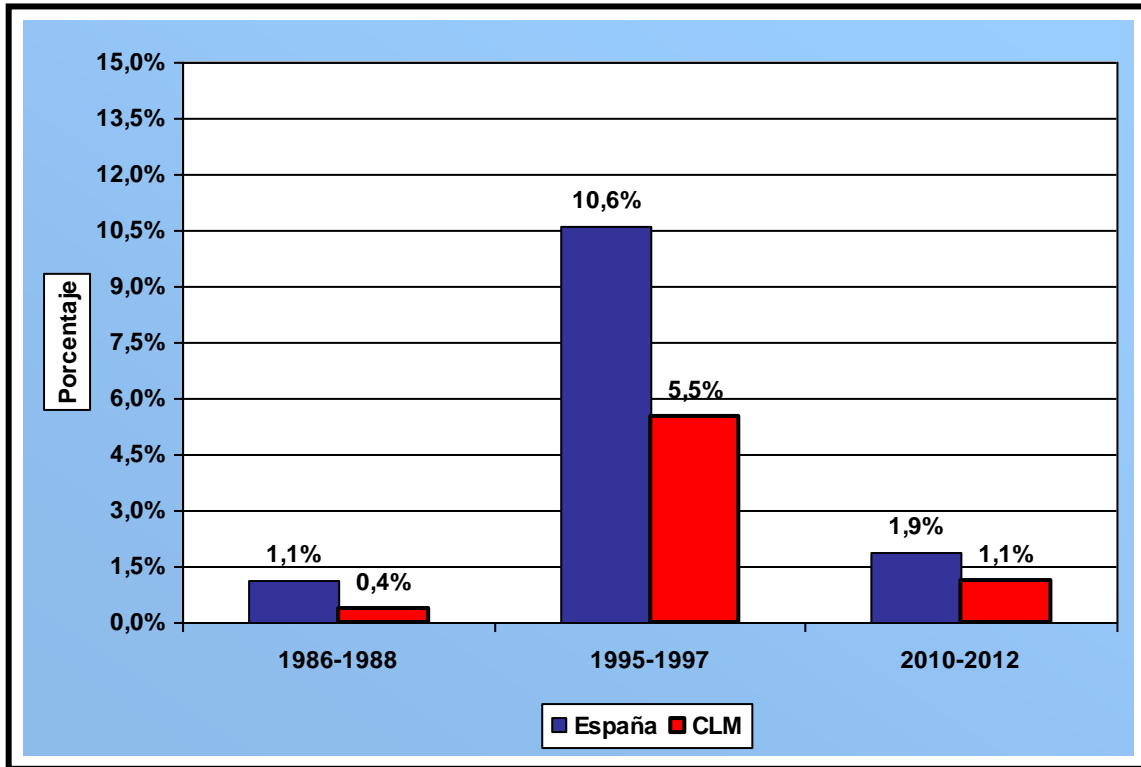
En el conjunto del periodo, en España los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por VIH/SIDA suponen el 3,7% de los APVP (4,2% en varones y 2,5% en mujeres). En Castilla-La Mancha el porcentaje de APVP en el conjunto del periodo, es del 1,7% para ambos sexos (2,1% en varones y 1,0% en mujeres).

En los años centrales de la epidemia, el peso de los APVP por VIH/SIDA alcanzó unos valores preocupantes. Así, en 1995 los APVP por VIH/SIDA en España suponían el 12,4% de todos los APVP (13,5% en varones y 8,7% en mujeres). En Castilla-La Mancha, aunque de menor magnitud que en España, el peso de los APVP por VIH/SIDA también alcanzó valores muy elevados en 1995: 6,8% en ambos sexos (7,9% en varones y 4,1% en mujeres).

A pesar de que el número de APVP por VIH/SIDA ha descendido de una forma acusada, actualmente el VIH/SIDA sigue siendo una causa de muerte con un gran peso en la mortalidad prematura (Figura 4).



**Figura 6.- Porcentaje Trienal de APVP por VIH/SIDA
Castilla-La Mancha y España, 1981-2012 (Ambos Sexos)**



**Tabla 1.- Años de Esperanza de Vida Perdidos por Causas Seleccionadas
España, 1994-1996 vs 2010-2011 (Varones)**

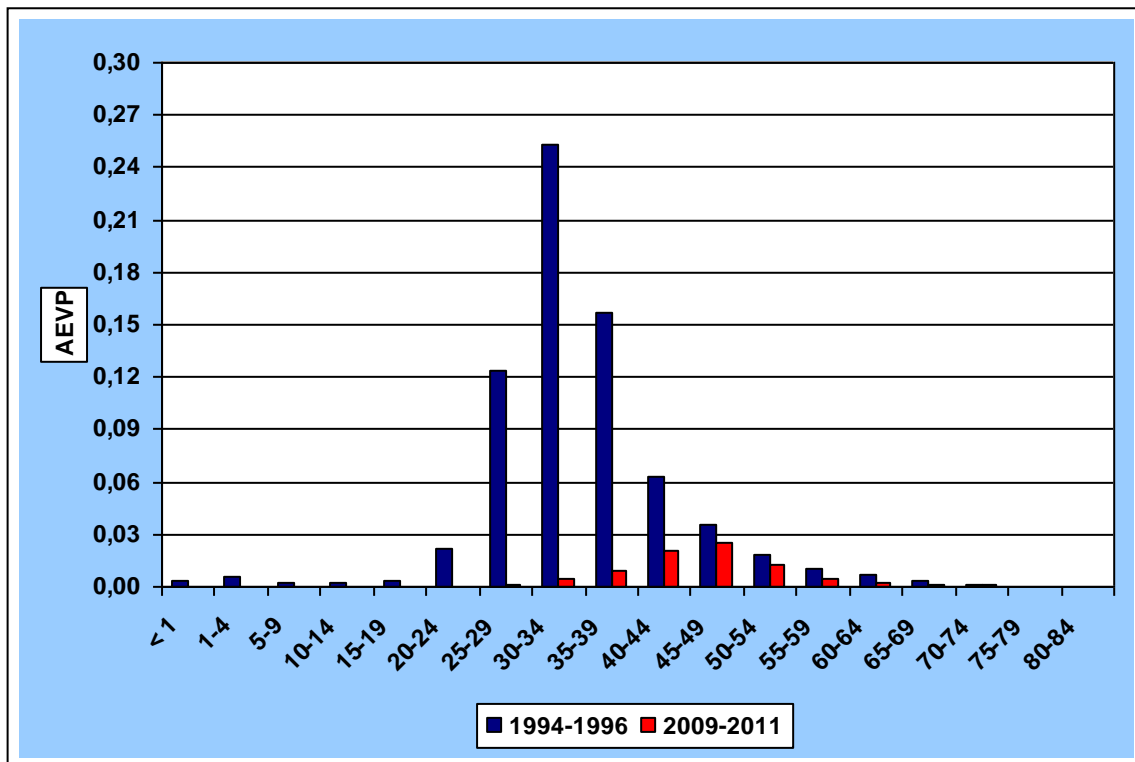
Causa de Muerte	Periodos		Cambio	
	1994-1996	2009-2011	Absoluto	Relativo
VIH/Sida	0,7126	0,0838	-0,6288	-4,3070
Cáncer de Colon	0,3196	0,3790	0,0594	1,3631
Cáncer de Pulmón	1,0788	0,9839	-0,0949	-0,5635
Accidentes de Tráfico	0,6391	0,2273	-0,4118	-3,3711
Angor/Infarto	1,2474	0,7893	-0,4581	-2,1070
Resto Causas	8,0371	6,0802	-1,9569	-1,4634
Todas las Causas	12,0346	8,5435	-3,4911	-1,7125



En el periodo 1994-1996 los años de esperanza de vida perdidos por VIH/SIDA en varones en España, tenían más peso que los perdidos por cáncer de colon y accidentes de tráfico y menos que los perdidos por cáncer de pulmón e isquemia/infarto de miocardio. En el periodo 2009-2011, los años de esperanza de vida perdidos por VIH/SIDA eran los que menos peso tenían en comparación con las mismas causas de muerte.

En el periodo 1994-1996 los grupos de edad con más años de esperanza de vida perdidos en varones en España corresponden al grupo de edad de 30-34 años, seguido por el de 35-39 años y el de 25-29 años. En el periodo 2009-2011, los grupos de edad con más años de esperanza de vida perdidos son los de 45-49, 40-44 y 50-54 (**Figura 7**).

Figura 7.- Años de Esperanza de Vida Perdidos por SIDA según Edad España, 1994-1996 vs 2009-2011 (Varones)



En Castilla-La Mancha, en el periodo 1994-1996, se perdieron 10,59 años de esperanza de vida (media anual) por todas las causas en varones (**Tabla 2**), de los cuales 0,31 correspondieron al VIH/SIDA (3,0%). En el periodo 2009-2011 se perdieron por todas las causas un total de 7,71 años de esperanza de vida (media anual), de los cuales 0,04 correspondieron al VIH/SIDA (0,50%).

En el periodo 1994-1996 los años de esperanza de vida perdidos por VIH/SIDA en varones en Castilla-La Mancha tenían más peso que los perdidos por cáncer de colon y recto, y menos que los perdidos por cáncer de pulmón, isquemia/infarto de miocardio y accidentes de tráfico. En el periodo 2009-2011, los años de esperanza de vida perdidos por VIH/SIDA eran los que menos peso tenían en comparación con las mismas causas de muerte.



En el periodo 1994-1996 los grupos de edad con más años de esperanza de vida perdidos en varones en Castilla-La Mancha correspondieron al grupo de edad de 30-34 años, seguido por el de 35-39 años y el de 25-29 años. En el periodo 2009-2011, los grupos de edad con más años de esperanza de vida perdidos son los de 45-49, 40-44 y 50-54.

Tabla 2.- Años de Esperanza de Vida Perdidos por Causas Seleccionadas Castilla-La Mancha, 1994-1996 vs 2009-2011 (Varones)

Causa de Muerte	Periodos		Cambio	
	1994-1996	2009-2011	Absoluto	Relativo
VIH/Sida	0,3066	0,0393	-0,2673	-4,2684
Cáncer de Colon	0,2524	0,3205	0,0681	2,0740
Cáncer de Pulmón	0,9140	0,9408	0,0268	0,1983
Accidentes Tráfico	0,6694	0,2773	-0,3921	-3,1215
Angor/Infarto	1,0690	0,6925	-0,3765	-2,0319
Resto Causas	7,3778	5,4366	-1,9412	-1,5694
Todas las Causas	10,5892	7,7070	-2,8822	-1,6179



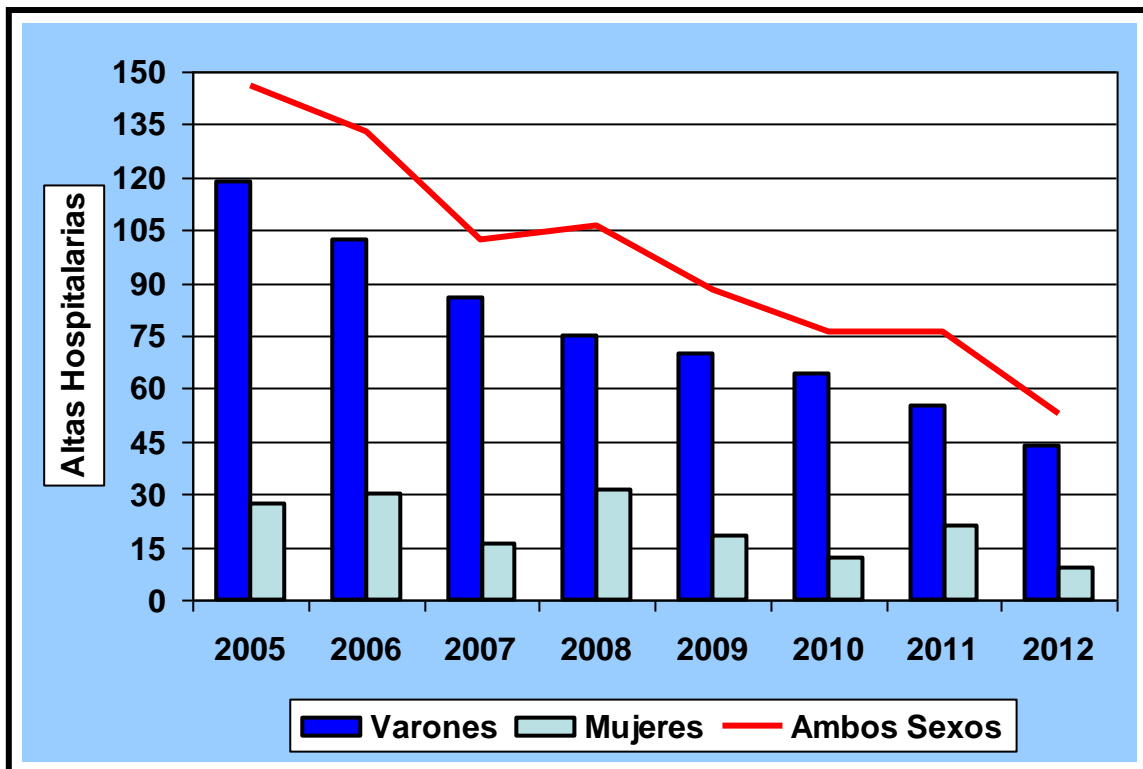
5.- Ingresos Hospitalarios por VIH/SIDA en Castilla-La Mancha

5.1.- Altas Hospitalarias

Durante el periodo 2005-2012 se produjeron en Castilla-La Mancha 780 altas hospitalarias por VIH/SIDA (diagnóstico principal), de los que 616 correspondieron a varones (78,7%) y 164 a mujeres (21,3%).

En el periodo 2005-2012 se observa un descenso acusado en el número de altas hospitalarias por VIH/SIDA (Figura 8), pasando de 146 altas en el año 2005 a 53 en el año 2012 (-63,6%). El descenso es similar en varones y en mujeres.

Figura 8.- Número Anual de Altas Hospitalarias por VIH/SIDA según Sexo Castilla-la Mancha, 2005-2012

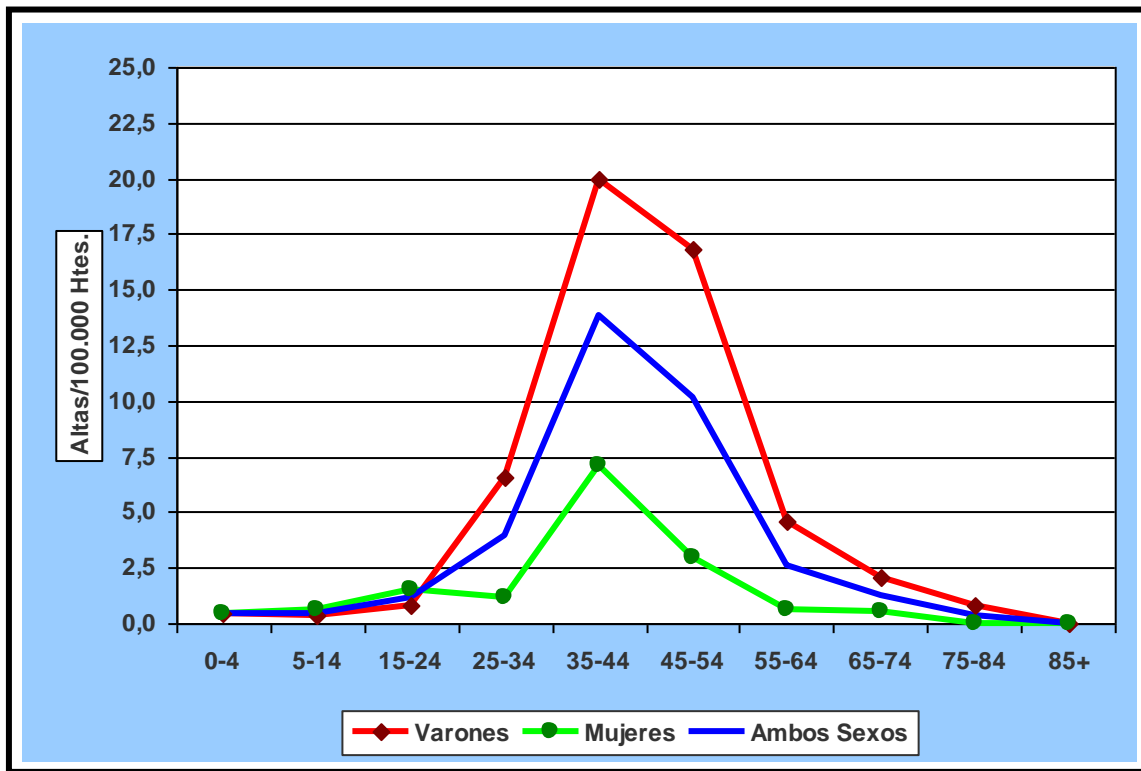




La tasa media anual de altas en hospitalarias por VIH/SIDA en el periodo 2005-2012 fue de 5,51 por 100.000 habitantes. La tasa media anual en varones fue de 7,52 por 100.000 habitantes y en mujeres de 2,03 por 100.000 habitantes.

Tanto en varones como en mujeres, los grupos de edad con mayor tasa de altas hospitalarias son los de 35 a 44 años (Figura 9). En varones la tasa de 35-44 años fue de 19,99 por 100.000 habitantes y en mujeres de ese mismo grupo de edad fue de 7,07 por 100.000 habitantes. En varones, la tasa de 45-54 años está muy próxima a la de 35-44 años (16,83 por 100.000 habitantes).

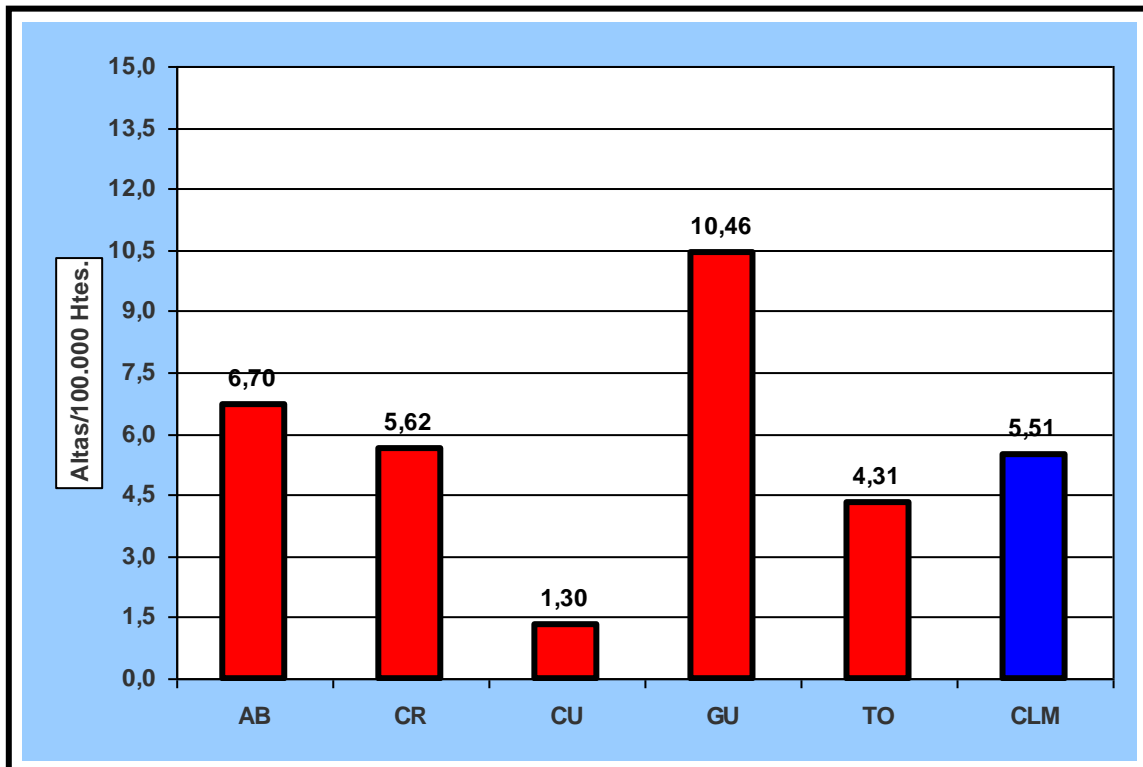
Figura 9.- Tasa de Altas Hospitalarias por VIH/SIDA por Grupos de Edad y Sexo Castilla-la Mancha, 2005-2012





Guadalajara con una tasa media anual en el periodo 2005-2012 de 10,46 altas por 100.000 habitantes y Albacete con 6,70 altas por 100.000 habitantes son las provincias con tasa media anual de altas hospitalarias superiores a la regional (5,51 altas por 100.000 habitantes). Ciudad Real con 5,62 altas por 100.000 habitantes tiene una tasa similar a la regional, mientras que Toledo y, especialmente, Cuenca tiene tasas inferiores a la regional (Figura 10).

Figura 10.- Tasa de Altas Hospitalarias por VIH/SIDA según Provincia Castilla-la Mancha, 2005-2012



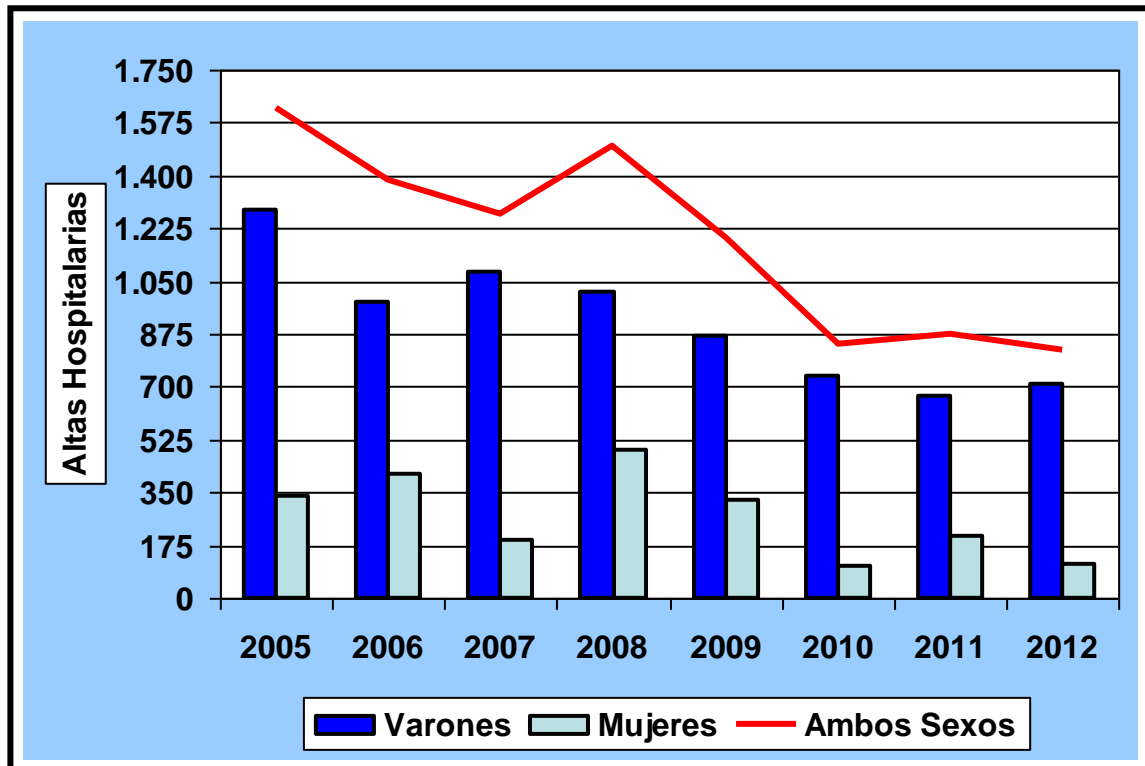


5.2.- Estancias Hospitalarias

Durante el periodo 2005-2012 se produjeron en Castilla-La Mancha 9.526 estancias hospitalarias por VIH/SIDA (diagnóstico principal), de las que 7.344 correspondieron a varones (77,1%) y 2.182 a mujeres (22,9%).

En el periodo 2005-2012 se observa un descenso acusado en el número de estancias hospitalarias por VIH/SIDA (Figura 11), pasando de 1.626 estancias en el año 2005 a 825 en el año 2012 (-49,2%). Ese descenso es mucho más acusado en mujeres (-66,5%) que en varones (-44,7%).

Figura 11.- Número Anual de Estancias Hospitalarias por VIH/SIDA según Sexo Castilla-la Mancha, 2005-2012



La distribución provincial de estancias hospitalarias y la distribución por grupos de edad y sexo siguen el mismo patrón que el descrito para las altas hospitalarias.

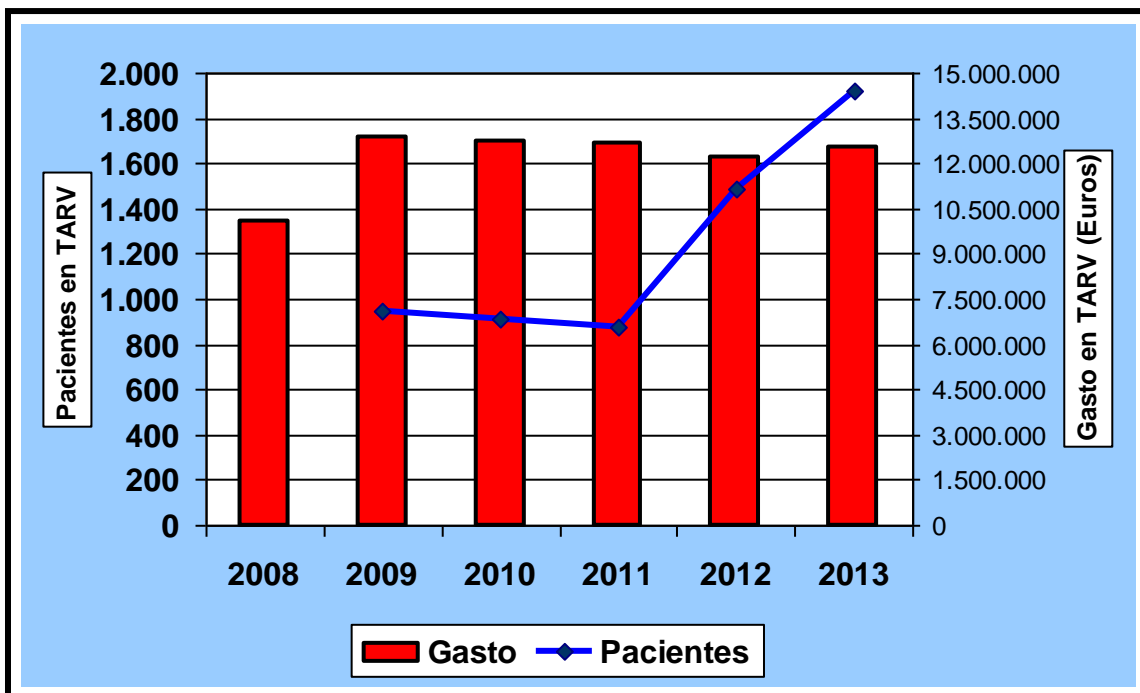


6.- Consumo de Antivirales

Durante los años 2009-2011, el número anual de pacientes en tratamiento antirretroviral se sitúa en torno a 900, aunque en los años 2012 y 2013 se observa un acusado incremento (1.491 en 2012 y 1920 en 2013). No parece que el número de pacientes en los años 2012 y 2013 se corresponda con un aumento real en el número de pacientes, en tratamiento, sino que, casi con toda probabilidad, se trate de una corrección en el sistema de registro utilizado por el SESCAM (Figura 12).

El gasto en tratamientos antirretrovirales ha pasado de 10.114.809 de euros en el año 2008 a 12.537.130 de euros en el año 2013, lo que supone un incremento del 23,9% (Figura 12). No obstante, en el año 2012 se observa un descenso del 4,5% en el gasto en antirretrovirales respecto al año 2011, recuperándose el gasto en el año 2013.

Figura 12.- Número Anual de Pacientes en TARV y Gasto Anual Castilla-la Mancha, 2008-2013





7.- Conclusiones

- 1.- Se observa un acusado descenso en la incidencia anual de casos de SIDA. En gran medida se debe a la implantación y generalización de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia (TARGA).
- 2.- La infección por VIH es una infección que se transmite mayoritariamente por vía sexual. Por ello, sin descuidar otras formas de transmisión, es necesario concienciar, y en especial a los jóvenes, en la errónea percepción de riesgo e implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias actuales.
- 3.- Las relaciones sexuales no protegidas entre hombres ocupan el primer lugar en cuanto al mecanismo probable de infección en el conjunto global de datos. También son mayoría entre las personas nacidas en España y entre los varones, sean españoles o extranjeros. **Por ello, el colectivo de HSH es prioritario para los programas de prevención.**
- 4.- Las personas procedentes de otros países suponen más de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH. Esto subraya la necesidad de diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las circunstancias y características de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable.
- 5.- El diagnóstico de SIDA se realiza con un cierto retraso (en Castilla-La Mancha el 32,8% de las nuevas infecciones). Esta circunstancia empeora el pronóstico y facilita la transmisión.
- 6.- El porcentaje de diagnósticos tardíos de SIDA es más frecuente en hombres homo-bisexuales y en pacientes que adquieren la infección por relaciones heterosexuales de riesgo.
- 7.- En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos. Sin embargo, casi el 50% de las personas diagnosticadas de infección por primera vez en 2013 presentaba indicios de diagnóstico tardío. Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible.
- 8.- La tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2008-2013 varía según mecanismo de transmisión: se observa una tendencia descendente en UDIs, mientras que las tasas tienden a estabilizarse en el caso de la transmisión heterosexual y homosexual, aunque en este último grupo el descenso no es homogéneo en todas las edades.
- 9.- Aunque la transmisión vertical y la transmisión por hemoderivados y transfusiones ha experimentado un descenso espectacular, sin embargo, es preciso mantener la actitud de alerta y atención ante estos tipos de transmisión.
- 10.- La mortalidad por SIDA ha descendido espectacularmente desde la implantación de tratamientos antirretrovirales de alta eficacia. No obstante, todavía tiene una



repercusión importante en los años potenciales de vida perdidos, especialmente en varones.

- 11.-** Parece observarse un desplazamiento de la mortalidad hacia edades más avanzadas. Una de las posibles razones que explican este comportamiento es el aumento de la supervivencia de estos pacientes.
- 12.-** Se observan algunas lagunas en la información sobre VIH/SIDA:
 - No se conoce con precisión la prevalencia de infección por VIH en la población general.
 - No se han realizado estudios para estimar la carga de enfermedad y el coste económico real por VIH/SIDA.
 - Sería conveniente seguir realizando análisis epidemiológicos sobre los diferentes tipos de tratamientos (más de 27 fármacos con múltiples combinaciones diferentes) y de los resultados de tratamiento, tanto en pacientes seropositivos como en los enfermos de SIDA.
- 15.-** Se aprecia una tendencia descendente muy acusada en los últimos años, tanto en el número de altas como en el de estancias hospitalarias por VIH/SIDA.
- 16.-** El consumo de antirretrovirales y el resto de gastos derivados de la asistencia sociosanitaria de los pacientes con VIH/SIDA, supone una partida importante del presupuesto sanitario.
- 17.-** Los actuales sistemas de información de las infecciones de transmisión sexual no incluyen a todas estas las enfermedades por lo que es difícil estimar la carga de enfermedad que suponen en su conjunto.
- 18.-** Aunque las tasas de incidencia no son muy elevadas, especialmente en Castilla-La Mancha, tanto la sífilis como la gonococia están experimentando un aumento acusado en los últimos años, y es necesario instaurar vigilancia epidemiológica del resto de ITS.
- 19.-** Las infecciones de transmisión sexual sometidas a vigilancia, tienen mayor incidencia en varones y en las edades centrales de la vida, comportándose de una manera similar a las nuevas infecciones por VIH/SIDA.



III.- LÍNEAS ESTRATÉGICAS

El Plan Estratégico de Prevención y Control de la Infección por VIH y otras Enfermedades de Transmisión Sexual en Castilla-La Mancha seguirá las siguientes líneas estratégicas:

- 1-.** ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN: evitar la transmisión del VIH.
- 2-.** Identificar precozmente las nuevas infecciones por VIH.
- 3-.** Garantizar el tratamiento a todos los pacientes afectados por el complejo VIH/SIDA.
- 4-.** Disminuir el estigma y la discriminación social de las personas infectadas por VIH.
- 5-.** Promover la formación y la investigación sobre VIH/SIDA.
- 6-.** Conocer con precisión y rapidez la evolución, tendencias y características de la infección por VIH/SIDA en Castilla-La Mancha.



IV.- ACTUACIONES

1.- ÁREA DE PREVENCIÓN

Para evitar la transmisión del VIH es esencial que:

- a) La población general conozca los mecanismos de transmisión y se implique en la observación de los mismos.
- b) Se establezcan actuaciones dirigidas a promover la cultura del sexo seguro y la reducción de riesgos entre la población
- c) Se enfatice en la importancia de la prevención y tratamiento del consumo de drogas.
- d) Los programas del control del embarazo incluyan, de forma universal, el despistaje de VIH
- e) Los profesionales sanitarios cumplan rigurosamente con las prácticas de prevención y control de la infección.

Para ello se proponen las siguientes actuaciones:

Población General:

- Utilización de los medios de difusión social más adecuados para mantener e incrementar el nivel de información de la población sobre la infección por VIH, sus mecanismos de transmisión, la prueba del VIH y las conductas que favorecen su prevención:
 - Programas educativos en emisoras de radio, televisión y redes sociales.
 - Edición y distribución de folletos informativos
 - Incorporación de información general sobre VIH en pantallas de los centros de salud
- La información será cultural y lingüísticamente accesible a personas inmigrantes.
- Información telefónica y por vía telemática a través de la dirección de correo electrónico sida@jccm.es sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y mecanismos de transmisión del VIH.
- Incorporación en la página Web de la JCCM de un apartado de información para la población general, indicando los servicios de prevención y los de atención sanitaria que se ofrecen a la población y facilitando contactos con ONGs en las que se ofrezca información personalizada sobre distintos aspectos de la infección por VIH.



Prevención en Jóvenes en el Contexto de la Salud

- Realización de campañas de información y sensibilización sobre factores relacionados con la promoción de la salud sexual de adolescentes y jóvenes y de la prevención en el consumo de drogas.
- Colaboración con ONGs facilitando apoyo técnico al desarrollo de proyectos en colectivos de jóvenes con alta prevalencia de infección por VIH o especialmente vulnerables.
- Intensificación de medidas y acciones encaminadas al desarrollo curricular de la Educación Sexual dentro de la adopción de hábitos saludables, a lo largo de todas las etapas de la escolarización obligatoria, bachillerato y ciclos formativos de grado medio, en el contexto de la Promoción y Educación para la Salud.
- Inclusión en el Proyecto Educativo de Centro de los objetivos educativos relacionados con la educación sexual y la prevención en el consumo de sustancias adictivas, dentro de los programas de Educación para la Salud.
- Facilitar al profesorado de educación primaria, secundaria y ciclos formativos de grado medio, los medios y las condiciones para que pueda llevar a cabo su labor, promoviendo especialmente su formación y los mecanismos de coordinación con los profesionales sanitarios de atención primaria y con las familias.
- Apoyar la colaboración de los equipos de atención primaria con los centros educativos, sobre todo en educación secundaria y bachillerato, para el desarrollo del programa para Atención Sanitaria del Adolescente y para facilitar la implicación del profesorado en esta tarea.
- Vigilancia, por parte de las estructuras sanitarias competentes, del cumplimiento de lo establecido en las leyes, relativo a los derechos de los menores, respecto a su salud sexual.
- Establecer una Red de Casas de Acogidas para atender a los menores en situación de riesgo social.

Prevención en Usuarios de Drogas por Vía Parenteral

- Consolidación y potenciación de las medidas de prevención en usuarios de drogas inyectables, en especial dirigidas a la población de inyectores de difícil acceso.
- Colaboración con ONGs en actividades de prevención de la transmisión sexual del VIH dirigidas a usuarios y a sus parejas, e intensificación de las actividades de prevención en los infectados.
- Mantenimiento de los programas de intercambio de jeringuillas y distribución de otro material de venopunción y consumo de drogas.
- Información y formación sobre conductas higiénico-sanitarias adecuadas.



Prevención de la Transmisión Sexual del VIH en Hombres que Tienen Sexo con Hombres (HSH)

- Utilización de los medios de difusión social y canales de distribución más adecuados para el mantenimiento e incremento del nivel de información sobre la infección por VIH, su transmisión y su prevención, y la promoción del diagnóstico precoz de la infección.
- Colaboración con las ONGs que trabajan con hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, en el desarrollo e implementación de programas comunitarios.
- Colaboración con ONGs para facilitar asesoramiento técnico y formación en proyectos de prevención dirigidos a estos colectivos, con especial énfasis en jóvenes e inmigrantes.

Prevención en Personas que Ejercen la Prostitución

- Elaboración y distribución de material informativo, adaptado cultural y lingüísticamente, para el mantenimiento e incremento del nivel de información sobre la transmisión y prevención de la infección, así como la promoción del diagnóstico precoz de la infección.
- Colaboración con organizaciones y agentes sociales para facilitar asesoramiento técnico y la formación del personal para capacitar el desarrollo y evaluación de proyectos de prevención dirigidos a trabajadores del sexo y a sus clientes.
- Distribución de material profiláctico entre la población de riesgo que desarrollan proyectos preventivos y los centros sanitarios que los atienden.

Prevención en Personas Privadas de Libertad

- Se realizarán actividades conjuntas con las Instituciones Penitenciarias mediante actividades formativas dentro del contexto de la Educación para la Salud.

Prevención de la Transmisión Vertical

- A todas las embarazadas, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos, se le realizará la serología frente al VIH como parte del cribado prenatal rutinario.
 - Este test deberá realizarse siempre de forma voluntaria, garantizando la confidencialidad de los resultados.



- A las mujeres que resulten positivas se les ofrecerá un régimen antirretroviral para reducir el riesgo de que su hijo se infecte, independientemente de otras recomendaciones que reducen el riesgo de transmisión, como es la cesárea electiva y la supresión de la lactancia materna.
- En aquellos partos en los que no exista constancia de ningún tipo de control médico durante el embarazo debe contemplarse la realización de test de diagnóstico rápido, voluntario y confidencial, con el fin de poder instaurar inmediatamente las medidas profilácticas al recién nacido y el tratamiento adecuado de la infección en la madre, independientemente de sus antecedentes epidemiológicos
- Estas normas serán de aplicación obligatoria en el Sistema de Salud de Castilla-La Mancha.

Prevención en el Medio Laboral

Dirigido a trabajadores que prestan sus servicios en centros sanitarios de Castilla-La Mancha.

- Todas las Unidades Clínicas del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha dispondrán de un Plan de Control de la Infección, incluido en el Plan de Prevención de Riesgos Biológicos.
- Dicho Plan estará accesible para todos los trabajadores del centro, y contemplará, al menos, los siguientes aspectos:
 - Información y formación de todos los trabajadores en las medidas que se quieran adoptar cuando se pueda entrar en contacto con sangre, fluidos o tejidos potencialmente contaminados.
 - Medios necesarios para la eliminación de agujas y materiales cortopunzantes mediante la utilización de dispositivos de bioseguridad adecuados.
 - El personal sanitario debe seguir medidas de precaución estándar, con todos los pacientes, y utilizar guantes de látex, protectores oculares y otro equipo de protección personal cuando exista la posibilidad de entrar en contacto con cualquier líquido corporal de aquellos.
- Los Servicios de Salud Laboral serán los encargados de garantizar la aplicación efectiva del Plan.

Profilaxis Post-Exposición

- El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, junto con los Servicios de Medicina Preventiva, elaborarán un procedimiento específico de actuación para el caso de que se produzca un accidente con riesgo de transmisión de VIH. Este protocolo garantizará que la asistencia, la valoración y el acceso a la profilaxis necesaria se produzca en las primeras horas tras la exposición.



- Las Unidades de Salud Laboral serán las responsables de valorar el riesgo de infección por VIH producido de manera accidental, tanto en el medio sanitario como fuera del ámbito sanitario.
- Dichas Unidades, decidirán la conveniencia de realizar las pruebas analíticas necesarias para confirmar o descartar la infección y, si lo considerasen necesario, prescribir el tratamiento profiláctico.
- El tratamiento profiláctico se ajustará a los protocolos vigentes en cada momento y al criterio del clínico que prescribe el tratamiento.



2.- Identificar Precozmente las Nuevas Infecciones por VIH

- Facilitar el acceso a la prueba del VIH a toda aquella persona que lo solicite manteniendo el anonimato y la confidencialidad en todo momento es una prioridad en el contexto del Plan de Prevención del VIH en Castilla-La Mancha.
- La prueba del VIH se puede realizar en todos los centros sanitarios de la red pública de forma gratuita y confidencial.
- Se promoverá la realización de test rápidos y se fomentará la toma de decisión de forma precoz.
- Al margen de lo establecido en la **Guía de Recomendaciones para el Diagnóstico Precoz del VIH en el Ámbito Sanitario** (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), en el marco del Sistema Regional de Salud se recomienda la realización de la prueba a cualquier persona que pueda estar infectada con el VIH por haber tenido prácticas de riesgo, es decir, exposición a la infección a través del sexo o de la sangre.
- Todos los centros sanitarios de Castilla-La Mancha deben contemplar la conveniencia de realizar la prueba del VIH en las siguientes situaciones:
 - a) Mujeres embarazadas o que tienen previsto quedarse embarazadas.
 - b) Personas que han mantenido relaciones sexuales con penetración sin preservativo con una persona infectada con VIH, especialmente con grupos de alto riesgo.
 - c) Personas que han tenido relaciones sexuales con penetración, y sin preservativo, con una o diversas parejas de las que se desconocía si estaban infectadas o no
 - d) Personas con signos o síntomas indicativos de infección por VIH o enfermedad característica de SIDA
 - e) Personas que han compartido material para inyectarse drogas (jeringuillas, agujas, cucharas, filtros...)
 - f) Personas que han padecido o padecen alguna infección de transmisión sexual
- Progresivamente, la prescripción de la prueba diagnóstica del VIH debe ir incorporándose a los procedimientos seguidos en la práctica clínica habitual.
- Las infecciones por VIH pasarán a ser de declaración obligatoria con el objetivo de llevar a cabo el estudio de contactos en el entorno del caso para conocer el estado de infección de estos últimos y evitar la continuidad de la transmisión y facilitar el tratamiento adecuado.



3.- PROGRAMA DE ATENCIÓN ASISTENCIAL: Garantizar el Tratamiento a todos los Pacientes Afectados por el Complejo VIH/SIDA

- En la actualidad, en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha todos los pacientes con VIH/SIDA tienen garantizado el tratamiento de su afección.
- En el marco del Plan Estratégico 2014-2017 se mantendrá esta prestación independientemente de la relación administrativa que tenga cada paciente con el sistema sanitario.
- Las Unidades Hospitalarias de VIH/SIDA elaborarán protocolos de actuación y de tratamiento con el objetivo de homogeneizar las prestaciones en la región y actuar con las medidas más eficientes.
- En todas las Unidades Hospitalarias de VIH/SIDA se habilitará un teléfono de consulta para asesorar e informar a los médicos de atención primaria.
- Los médicos de atención primaria recibirán formación y asesoramiento por parte de las Unidades Hospitalarias de VIH/SIDA para que puedan llevar a cabo el seguimiento ambulatorio de los pacientes con VIH/SIDA, siempre en estrecha coordinación entre ambos niveles de la asistencia sanitaria.
- Se mantendrán los recursos existentes para el tratamiento paliativo de los pacientes con VIH/SIDA en fase terminal.
- Los responsables del Plan llevarán a cabo una evaluación constante de los recursos existentes para adaptarlos a las necesidades existentes en cada momento.



4.- Disminuir el Estigma y la Discriminación de las Personas Infechadas por VIH

- Son las Autoridades Sanitarias, los profesionales y las asociaciones con prestigio social, los colectivos e instituciones para difundir entre la población las ideas esenciales para evitar que la infección por VIH/SIDA contribuya a estigmatizar y discriminar a las personas que lo padecen.
- Es imprescindible que la población general asuma e integre en su acervo cultural y social que:
 - El VIH/SIDA no es una enfermedad especial, es una enfermedad transmisible más
 - Se conocen perfectamente sus mecanismos de transmisión
 - Sólo se transmite por esos mecanismos y no por ningún otro.
 - Compartir el medio laboral con un paciente con VIH/SIDA no supone absolutamente ningún riesgo para sus compañeros de trabajo
 - Con sencillas medidas y económicas de prevención es fácil evitar el contagio.
 - Tanto la infección por el VIH como el SIDA tienen un tratamiento eficaz que está garantizado por la red pública.
- Para incorporar estas ideas en la población es preciso:
 - Realizar campañas de difusión masiva, en medios de comunicación y difusión.
 - Organización de eventos científicos sobre VIH/SIDA con proyección pública.
 - Incorporar en la práctica habitual del personal sanitario la promoción y difusión de las ideas básicas sobre VIH/SIDA.
 - Aprovechar cualquier oportunidad, para contribuir a eliminar el estigma y la discriminación social de las personas con VIH/SIDA.



5-. ESTRATEGIA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN: Promover la Formación de los Profesionales y la Investigación sobre VIH/SIDA

La Comisión Regional del Plan Estratégico del VIH a través del Comité Científico-Técnico del Plan formulará los objetivos de investigación en el periodo de vigencia del Plan.

En principio deben formar parte de la investigación sobre VIH/SIDA los siguientes elementos:

- Estimación de prevalencia de la infección por VIH en la población general y en colectivos especialmente vulnerables.
- Investigación y evaluación de las medidas preventivas que se están aplicando.
- Investigación sobre los determinantes de las conductas y prácticas de riesgo
- Investigación sobre la eficacia y la eficiencia de los tratamientos que se aplican y los que se pudieran incorporar en el futuro, y seguimiento del posible desarrollo de resistencias terapéuticas y de posibles efectos secundarios.
- Estudios de supervivencia.
- Farmacovigilancia en VIH/SIDA.



6.- Conocer con Precisión y Rapidez la Evolución, Tendencias y Características de la Infección por VIH/SIDA en Castilla-La Mancha

El cumplimiento de esta línea estratégica requiere de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica adaptado a las circunstancias actuales. Por ello, en el proceso de desarrollo del Plan se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- Modificación del Registro Regional de SIDA incorporando información sobre tratamientos prescritos y resultados del mismo.
- Seguimiento activo de los casos declarados por parte de las Unidades Clínicas de Castilla-La Mancha
- Promover la declaración de casos de SIDA y VIH entre los profesionales sanitarios.
- Rastreo sistemático de fuentes de información:
 - CMBD
 - Registro de Altas Hospitalarias
 - Laboratorios de Microbiología
 - Farmacia Hospitalaria
 - Registro de Cáncer
- Cruce de casos del registro con fuentes de mortalidad (Índice Nacional de Defunciones).
- Elaboración de normativa legal para que las infecciones por VIH pasen a ser de declaración obligatoria.
- Adoptar medidas de intervención en el entorno de los casos de VIH/SIDA
- Valorar la posibilidad de llevar a cabo encuestas de seroprevalencia en la población general o en colectivos específicos.
- Desarrollo y puesta en marcha de un sistema de información, registro y seguimiento de los casos de VIH/SIDA diagnosticados y/o tratados en Castilla-La Mancha, con conexión de todas las Unidades Hospitalarias de VIH/SIDA



V.- ESTRUCTURA DEL PLAN EN CASTILLA-LA MANCHA

Le corresponde la aprobación del Plan Estratégico de Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual al Comité Regional del Plan de VIH/SIDA de Castilla-La Mancha.

Comisión Regional del Plan Estratégico de VIH en Castilla-La Mancha, cuya composición será:

- Presidencia:

- Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales

- Vicepresidencia:

- Coordinador del Plan Estratégico de VIH en Castilla-La Mancha

- Vocales:

- Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
- Viceconsejería de Sanidad y Asuntos Sociales
- Secretaría General de Asuntos Sociales
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SESCAM
- Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección
- Dirección General de Mayores, Personas con Discapacidad y Dependientes
- Dirección General de Familia, Menores y Promoción Social
- Vicerrectorado de Investigación de la Universidad de Castilla-La Mancha
- Presidencia del Colegio de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha
- Presidencia del Colegio de Médicos de Castilla-La Mancha
- Presidencia del Colegio de Enfermería de Castilla-La Mancha
- Dirección General de Organización, Calidad Educativa y Formación Profesional
- Dirección General de Empleo y Juventud
- Un número no determinado de representantes de Asociaciones y ONGs cuya actuación tenga que ver con la prevención del VIH/SIDA.



– **Secretario:**

- Un técnico de la Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo

Funciones:

- Contribuir a la coordinación de los diferentes sectores e instituciones implicados en el Plan Estratégico
- Proponer actuaciones para incorporarlas al Plan
- Presentación de la evaluación y cumplimiento anual del Plan.

Además, se proponen los siguientes órganos:

Comité Asesor Científico-Técnico

Composición:

– **Presidenta:**

- Coordinadora del Plan Estratégico de VIH en Castilla-La Mancha

– **Vocales:**

- Un número no determinado de representantes del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
- Coordinadores de las Unidades Hospitalarias de VIH/SIDA de Castilla-La Mancha
- Dirección de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha
- Un número no determinado de profesionales de los Centros de Salud Castilla-La Mancha
- Un número no determinado de técnicos de la Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo.

– **Secretario:**

- Un técnico de la Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo

Funciones:



- Asesorar a la Coordinadora del Plan Estratégico en todos aquellos aspectos que así lo requieran
- Proponer actuaciones para incorporarlas al Plan
- Elaborar los indicadores de control y seguimiento del Plan
- Formular y proponer el Sistema de Información de VIH/SIDA y de ITS adecuado a la realidad actual.

Comité Ejecutivo del Plan Estratégico

Composición:

- **Presidenta:**
 - Coordinadora del Plan Estratégico de VIH en Castilla-La Mancha
- **Vocales:**
 - El Jefe de Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.
 - La Jefa de Servicio de Programas de Salud de la Dirección General de Salud Pública.
 - La Jefa de Servicio de Evaluación, Calidad y Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública
 - El Jefe de Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública
 - Un Jefe de Sección del Servicio de Epidemiología
- **Secretario:**
 - Un técnico de la Dirección General de Salud Pública, Drogodependencias y Consumo

Funciones:

- Llevar a cabo el seguimiento cotidiano del Plan Estratégico
- Garantizar que se cumplen las actividades derivadas del Plan y se alcanzan sus objetivos.



VI.- EVALUACIÓN

En el marco de sus funciones, el Comité Asesor Científico-Técnico definirán a lo largo del primer trimestre del año 2015, los indicadores de evaluación del Plan con el siguiente esquema:

- Definición
- Justificación
- Método de cálculo:
 - Numerador
 - Denominador
 - Fórmula
- Frecuencia de medida
- Desagregación
- Fuentes de información