

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

EVALUACIÓN

PLAN ANDALUZ
FRENTA AL VIH/SIDA
2010-2015 Y OTRAS ITS



ÍNDICE

1. Presentación

2. Análisis de situación

a. Epidemiología de la infección por VIH y otras ITS

- Infección por el VIH y sida en el mundo, Europa y España
- Infección VIH y sida en Andalucía
- Infecciones de Transmisión Sexual en el mundo, Europa y España
- Infecciones de transmisión sexual en Andalucía
- ITS en el Centro de ITS de Sevilla

b. Prevención de la infección VIH y otras infecciones de transmisión sexual

- Población general
- Grupos de población que requieren intervenciones específicas.
- Jóvenes
- Otros programas de prevención

c. Diagnóstico precoz

- Programa de diagnóstico precoz en el ámbito comunitario
- Diagnóstico precoz en centros sanitarios

d. Atención sanitaria

- Seguimiento en las consultas hospitalarias del SSPA
- Encuesta de prevalencia de personas con infección VIH
- Coste del tratamiento antirretroviral
- Ingresos hospitalarios

e. Formación e investigación

- Formación
- Investigación

f. Evaluación cualitativa

3. Conclusiones y áreas de mejora

4. Bibliografía

1. Presentación

La evaluación de los planes de salud como el Plan Andaluz frente a la Infección por el VIH/sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (PASIDA) constituye una parte más en su proceso de desarrollo e implementación. Desde su gestación, los planes integrales de salud de Andalucía contemplan, dentro de su diseño inicial, la evaluación de su desarrollo, implementación y resultados.

La evaluación que se plantea en el presente documento tiene un doble objetivo, por un lado, realizar un análisis epidemiológico de los principales indicadores disponibles en relación a la situación de la infección por VIH/sida y otras ITS, a la vez que se evalúan las propias acciones y programas desarrollados por el PASIDA en estos últimos años. También se ha llevado a cabo una evaluación de carácter cualitativo, mediante la realización de una encuesta efectuada a las personas que participaron en la elaboración del Plan.

La evaluación del plan representa el momento adecuado para reflexionar sobre el estado en el que se encuentran la infección VIH/sida y otras ITS, así como las políticas diseñadas para combatirla, y el recorrido realizado en los últimos años. De esta manera, planteamos el análisis de una serie de apartados que se resumen a continuación:

- **Epidemiología**, que caracteriza el problema en Andalucía e incluye datos de incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad en nuestra Comunidad.
- **Actividades de prevención realizadas**, en el ámbito de las responsabilidades compartidas con entidades y asociaciones y con otros sectores de la administración.
- **Acciones llevadas a cabo para el diagnóstico precoz**, en el espacio comunitario con las asociaciones y entidades del sector y en el sanitario, desde Atención Primaria.
- **Calidad de la atención sanitaria** y del coste del tratamiento antirretroviral.
- **Evaluación de las actividades** de formación y de la investigación.
- **Resultados obtenidos en la evaluación** cualitativa llevada a cabo mediante encuestas.

Las fuentes de información que se han considerado para esta evaluación son:

1. **ONUSIDA**. Informes de situación y recomendaciones de ONUSIDA.
2. **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. Estrategias mundiales de prevención y control de las ITS.
3. **European Center of Disease Control (ECDC)**. SURVEILLANCE REPORT: HIV/AIDS surveillance, sexually transmitted infections, gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe.
4. **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)**. Estrategias y planes de la Secretaria del Plan Nacional de Sida e informes de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida en España del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).
5. **Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Secretaría General de Salud Pública y Consumo**. Vigilancia Epidemiológica.
6. **Servicio Andaluz de Salud**: Base de datos poblacional (BDP), CMBD-A, Subdirección de Farmacia, memoria del Centro de ITS de Sevilla.
7. **Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI)**: Encuesta de prevalencia de personas con infección VIH.

2. Análisis de situación

a. Epidemiología de la infección VIH y otras ITS

INFECCIÓN POR VIH Y SIDA EN EL MUNDO, EUROPA Y ESPAÑA

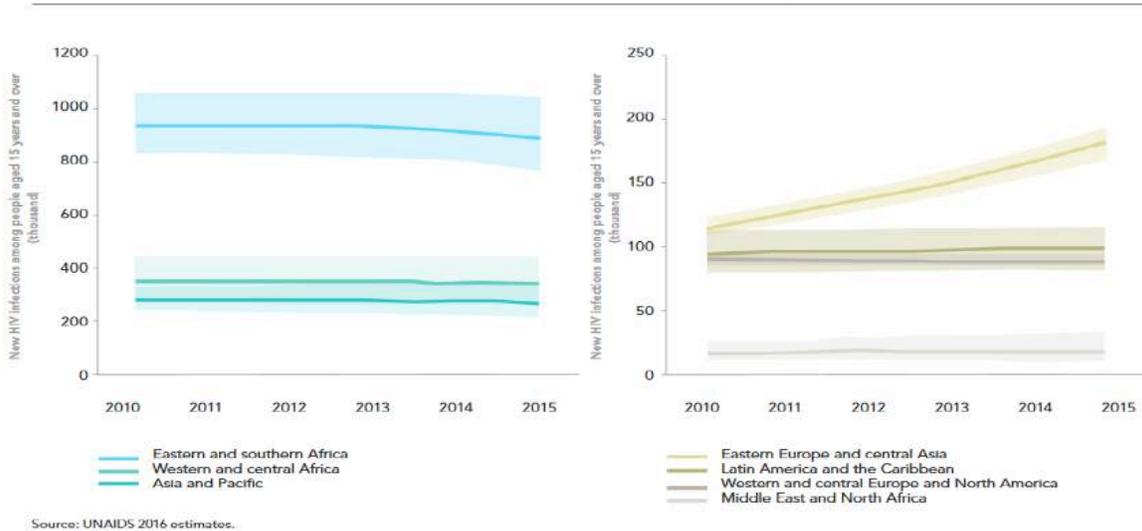
La infección VIH en el mundo

Según ONUSIDA, desde el año 2000, se ha producido una disminución del 35% y 58% en el número de nuevas infecciones VIH en la población general y en población infantil respectivamente y un 42% de las muertes relacionadas con el sida, al mismo tiempo que, desde el año 2010, ha aumentado en número de personas en tratamiento antirretroviral en más del 85% (en 2015 alrededor de 17 millones -46%- de la población con infección VIH).

En 2015, se estima que había 36,9 millones de personas que vivían con el VIH en todo el mundo. De ellos, 2,1 millones eran nuevas infecciones producidas en ese año, aumentando la prevalencia de personas con infección VIH alrededor del 10% para el periodo 2010-2015 y una disminución de casi un 4,5% en el número de casos nuevos para el mismo periodo. El aumento de la prevalencia se produce en todas las regiones del mundo, en gran parte debido al incremento del número de personas tratadas.

En relación a la incidencia, existen enormes desigualdades en el mundo. Mientras que disminuye fundamentalmente en África y algunas zonas de Asia, aumenta en el Este de Europa y Asia Central, y se mantiene estable en Latinoamérica y Caribe, Norte de África, Europa Occidental y Central y Norte de América. Apenas 15 países sumaban más del 75% de los 2,1 millones de nuevas infecciones por el VIH registradas en 2015.

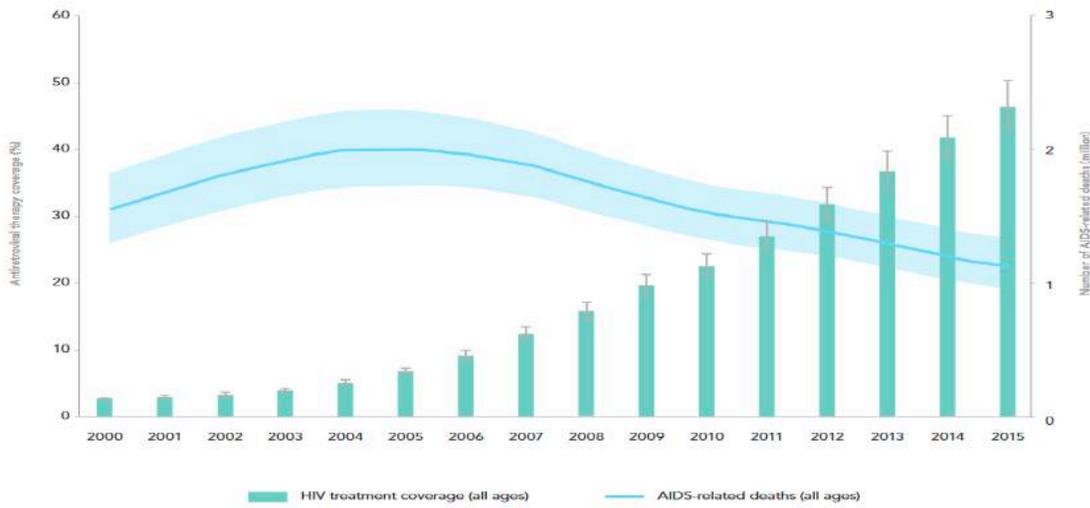
New HIV infections among people aged 15 years and over, by region, 2010–2015



También existen grandes diferencias a nivel mundial en relación al sexo, la edad y la categoría de transmisión, tanto en la prevalencia como en el diagnóstico de nuevos casos. El 50% de las personas con VIH y el 47% de los nuevos diagnósticos son mujeres, con un elevado porcentaje (20%) de mujeres muy jóvenes (15-24 años). En cuanto a categorías de transmisión, cabe destacar que en Europa Occidental y Central, el 49% son hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en Europa del Este y Asia Central, el 51% son usuarios de drogas intravenosas (UDI) y en el continente africano, salvo el Norte, el 79% es población heterosexual.

Hay que resaltar la cobertura de la terapia antirretroviral (TAR) entre personas que viven con VIH. La cobertura mundial de la TAR alcanzó el 46% (52% en mujeres y 41% en hombres) a finales de 2015. Las coberturas más altas se producen en Europa Occidental y Central y América del Norte. El incremento de la cobertura de la TAR es responsable de una disminución del 26% en las muertes relacionadas con el sida, mayor en mujeres adultas (-33%), en comparación con los hombres adultos (-15%).

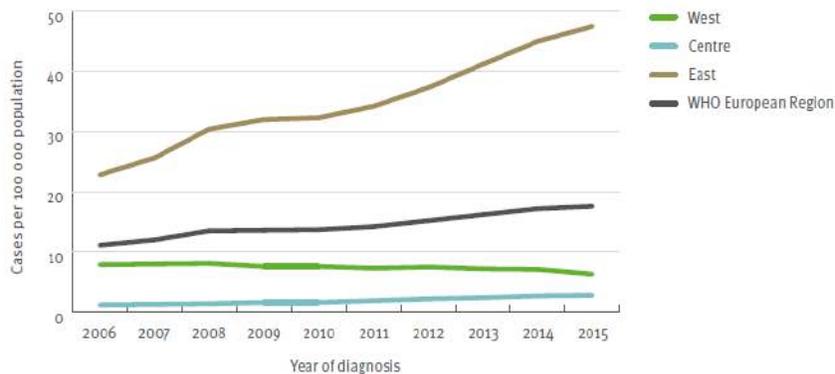
Antiretroviral therapy coverage and number of AIDS-related deaths, global, 2000–2015



La infección VIH en Europa

En la Región Europea de la OMS (incluye 53 países y alrededor de 900 millones de personas), según datos del Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC), en 2015 se registraron 153.407 casos de nuevos contagios por VIH (tasa de 17,6 por 100.000 habitantes), el mayor número de los últimos años. De éstos, el 79% pertenecían al Este de la región, donde se ha duplicado el número de nuevos diagnósticos en la última década. La tasa de nuevas infecciones en el Este, Centro y Oeste de Europa es de 47,5; 2,8 y 6,3 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Tasa de nuevas infecciones en Europa 2006-2015. ECDC

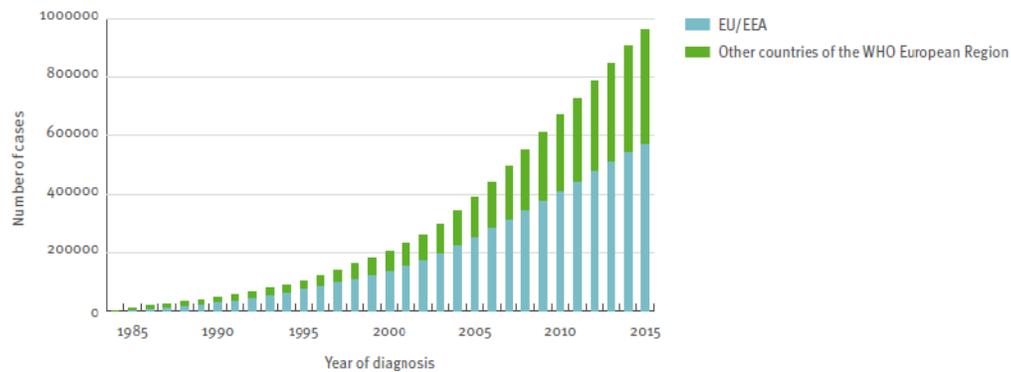


Es mas frecuente en hombres que en mujeres (razón de 2,3) y existen diferencias significativas en el principal modo de transmisión de una zona a otra, mientras que la transmisión heterosexual, sobre todo en mujeres, es el principal responsable del incremento en Europa del Este, en la parte Occidental y Central se produce fundamentalmente en HSH. Los diagnósticos de infección por el VIH entre **HSH**, han crecido del 30% en 2005 al 42% en 2015, con subidas en la mayoría de los países de la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE).

Muy relevante es el porcentaje de diagnóstico tardío (47% de los nuevos diagnósticos), definido como una cifra de linfocitos CD4⁺ <350 células/ml al diagnóstico de la infección por el VIH y de diagnóstico de enfermedad avanzada (28% del total de nuevos diagnósticos), definido por una cifra de linfocitos CD4⁺ <200 células/ml. El porcentaje de retraso diagnóstico es distinto según el área geográfica y la categoría de transmisión.

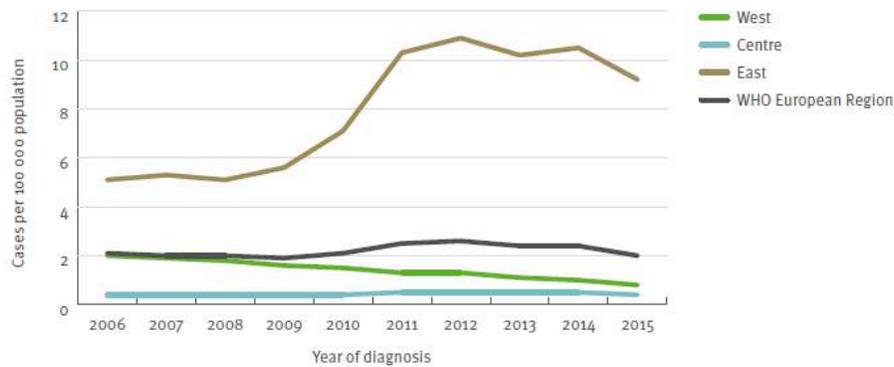
Desde el inicio de la epidemia, se estima que en Europa, sin incluir Rusia, viven 1.850.000 personas con infección VIH.

Número de nuevos diagnósticos en países UE/EEE y países de la Región Europea de la OMS 1985-2015. ECDC



En 2015, la tasa de sida en Europa fue de 0,8 casos por 100.000 habitantes, habiéndose reducido a la mitad desde 2005, sobre todo a expensas de las personas UDIs y de los casos atribuidos a contacto heterosexual. A pesar del descenso general en la UE/EEE, desde el año 2005, se ha producido un aumento en la tasa de Sida en algunos países del Este de Europa, Grecia, Malta y Noruega, ocasionado por el diagnóstico tardío de VIH, el retraso en el inicio de la TAR y la baja cobertura de tratamiento.

Tasa de sida en Europa 2006-2015. ECDC



La infección VIH en España

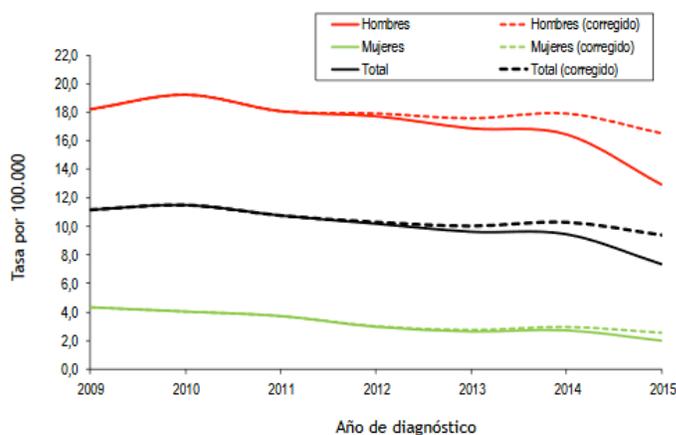
En España, hasta 2015, se estima que el total de personas que viven con VIH es alrededor de 150.000 (130.000-180.000), lo que representa una prevalencia global en la población adulta española del 0,4%. La declaración de nuevos diagnósticos de infección por el VIH ha dado cobertura al 100% de la población española a partir del año 2013, a través del Sistema de Información Nacional de Infección VIH (SINIVIH). Entre los años 2009 y 2015 se han notificado 26.400 diagnósticos por infección VIH, aunque los datos para este último año son provisionales:

Número de nuevos casos notificados de infección VIH por Comunidad Autónoma 2009-2015. SINIVIH

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Baleares	185	184	154	175	170	137	148
Canarias	266	269	246	206	300	370	268
Cataluña	732	836	805	826	809	664	634
Ceuta	0	1	1	1	3	7	3
Extremadura	41	42	61	66	46	38	35
Navarra	39	36	28	32	44	49	42
País Vasco	207	196	176	162	142	155	151
La Rioja	23	29	19	16	26	13	18
Asturias	101	107	87	78	59	72	66
Galicia	216	170	188	224	188	183	149
Madrid	1.311	1.354	1.246	1.102	956	1.017	470
Aragón	108	119	97	105	103	102	101
Melilla	2	1	4	5	6	0	4
Castilla La Mancha	97	110	88	80	82	78	89
Castilla y León	158	139	168	132	128	115	84
Cantabria	53	58	45	39	46	35	64
Murcia	113	123	119	96	88	93	104
C. Valenciana	.	.	.	433	350	350	348
Andalucía	551	661	650
TOTAL	3.652	3.774	3.532	3.778	4.097	4.139	3.428
Población CCAA	32.732.970	32.843.416	32.853.439	37.863.951	46.591.857	46.452.801	46.407.166
Tasa x 100.000 hab	11,16	11,49	10,75	9,98	8,79	8,91	7,39

*: Datos provisionales no corregidos por retraso de notificación

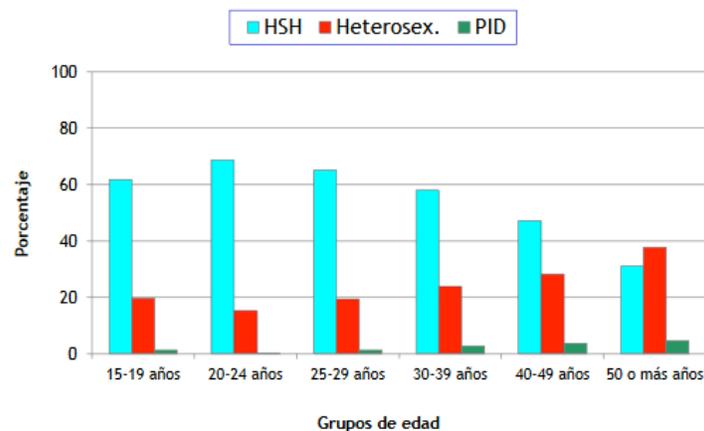
Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales totales y según sexo. España*, 2009-2015. Datos corregidos por retraso en la notificación



En 2015, la tasa de nuevas infecciones por VIH fue de 7,4 casos por 100.000 habitantes, aunque se estima que esta tasa llegue a 9,4 casos por 100.000 habitantes tras corregir el retraso de notificación. Esta tasa es similar a la de otros países de la Región Europea de la OMS, pero claramente superior a la media de la UE/EEE (6,3 casos por 100.000 habitantes en 2015).

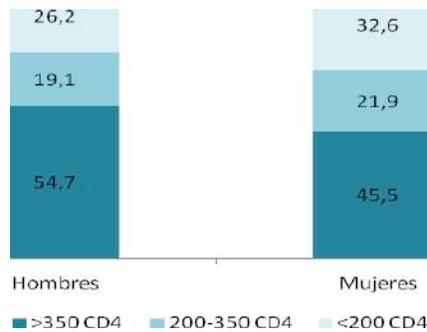
La mayoría fueron hombres (86%), con una mediana de edad al diagnóstico de 36 años para ambos sexos, las tasas mas altas se producen en los grupos de edad de 25 a 29, sobre todo en HSH. La vía más común de infección fue la transmisión entre HSH (54%), que sigue aumentando año a año, seguida del contacto heterosexual (25%) y de la transmisión parenteral en UDI (3%). Por sexo, en los hombres la transmisión entre HSH fue mayoritaria (62%), mientras que en las mujeres lo fue la heterosexual (79%). La transmisión madre-hijo fue residual, aunque el objetivo es su eliminación completa. El 30% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países, destacando un 16% de personas nacidas en países de Latinoamérica.

Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por modo de transmisión según grupos de edad. España, año 2015. Datos no corregidos por retraso de notificación.



Alrededor del 86% de los nuevos casos notificados en 2015 disponían de información sobre el número de CD4 en el momento del diagnóstico, de ellos, el 45,2% tenían un diagnóstico tardío. Es especialmente relevante que el 27,1% ya tenían enfermedad avanzada al diagnóstico. Esta situación es peor para las mujeres (54,5% frente a 45,3% para diagnóstico tardío y 32,6% frente a 26,2% para enfermedad avanzada).

Porcentaje de nuevos diagnósticos según número de CD4 en 2015. SINIVIH



El diagnóstico tardío aumenta también con la edad, desde un 31% de 15 a 19 años, hasta un 63,2% en los mayores de 49 años. Por categoría de transmisión, el mayor porcentaje se da en el grupo de transmisión heterosexual en hombres (63%), seguido de personas UDIs (60%), mujeres heterosexuales (54%). Los HSH son los que presentan un menor porcentaje (38,4%) de diagnóstico tardío.

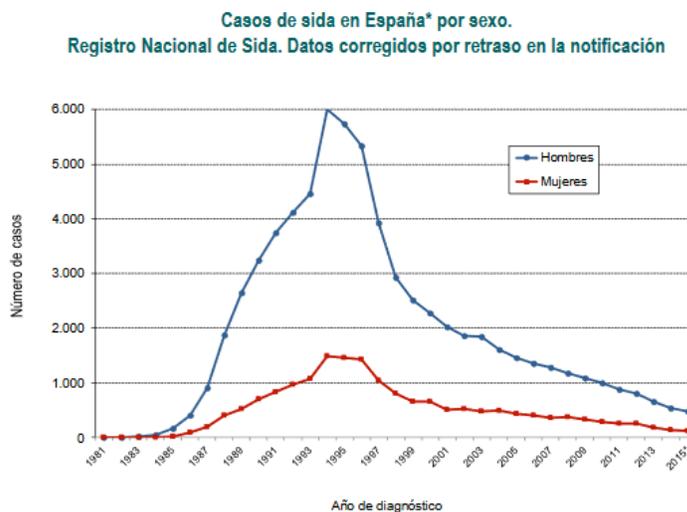
Desde 1996 se produce una disminución significativa tanto de la incidencia como de la prevalencia de sida, gracias al TAR de gran actividad. La tasa de sida por 100.000 habitantes por CCAA y años es la siguiente:

Tasa de sida por Comunidad Autónoma 2009-2015. SINIVIH

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Andalucía	2,2	2,4	2,2	1,9	1,2	1,2	1,1
Aragón	3,4	1,9	2,1	2,6	2,6	2,2	1,3
Asturias	2,8	1,9	2,1	0,6	1,2	1,0	0,7
Baleares	5,2	3,4	4,3	4,4	3,3	1,9	1,3
Canarias	3,5	2,8	2,1	3,0	2,2	2,5	1,8
Cantabria	3,6	4,0	2,6	2,1	2,2	1,0	1,5
Castilla La Mancha	1,3	1,1	0,9	1,5	1,0	1,2	0,8
Castilla León	2,7	1,8	1,2	1,3	1,1	0,9	1,1
Cataluña	3,0	2,9	2,0	1,9	1,7	0,9	-
C. Valenciana	1,9	1,5	1,8	1,7	0,5	-	-
Extremadura	0,8	0,6	0,6	0,9	0,7	0,4	1,1
Galicia	2,8	2,0	1,9	2,0	1,8	1,2	1,1
Madrid	6,1	5,5	4,8	4,0	3,1	2,7	1,7
Murcia	3,2	2,3	3,4	2,7	2,3	1,7	2,1
Navarra	1,5	2,1	1,0	2,6	1,7	1,7	1,9
País Vasco	2,4	3,2	3,1	2,3	2,3	1,6	2,0
La Rioja	3,2	1,9	2,2	1,6	3,2	2,9	1,3
Ceuta	0,0	1,3	1,3	1,3	4,7	2,4	2,4
Melilla	5,7	0,0	2,7	3,9	3,6	0,0	3,5
Total	3,1	2,8	2,4	2,3	1,8	1,5	1,5

*: datos provisionales

Las siguientes figuras muestran la evolución de los casos de sida en hombres y mujeres desde el inicio de la epidemia en 1981 hasta 2015.



En 2015, se notificaron 497 casos (se estima que serán 595 tras corregir los datos por retraso de notificación), con una tasa de 1,5 por 100.000 habitantes (1,8 tras completar la notificación). Alrededor del 81% eran hombres y la mediana de edad fue de 43 años. Por categoría de transmisión, el 33% se produjeron en HSH, el 34% en hombres y mujeres heterosexuales y el 13,7% en UDIs. En relación a la frecuencia de la enfermedad definitiva de sida, la más frecuente continúa siendo la neumonía por *Pneumocystis jiroveci* (27%), seguida de la tuberculosis de cualquier localización (21%)

Según los datos publicados por el INE, en 2014 se han producido 700 fallecimientos por sida, 531 hombres (75,8%) y 169 mujeres (24,2%). La tasa de mortalidad por esta causa de 1,5 por 100.000 habitantes (2,3 en hombres y 0,7 en mujeres). Por grupos de edad, la década donde se produce una mayor tasa de mortalidad por sida es de 45-54 años, con un aumento progresivo del número de personas que fallecen por esta causa con 70 o más años, en ambos sexos.

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN ANDALUCÍA

Nuevos diagnósticos de infección VIH

Desde el 1 de enero de 2013 existe en Andalucía el sistema de registro de infección por VIH (siVIhDA). Se trata de un registro individualizado, dirigido a conocer la magnitud, distribución y características de la infección por el VIH y el sida en Andalucía para ayudar a la elección de las estrategias preventivas más eficaces en función de la incidencia de nuevos diagnósticos y las categorías de transmisión más frecuentes, valorar la efectividad de las mismas y contribuir al registro nacional (SINIVIH).

Hasta el año 2016, el número de nuevos diagnósticos notificados ha sido de 2.584 y en este año, la tasa de nuevos diagnósticos por 100.000 habitantes ha sido de 7,25; algo inferior a la media nacional comparándola con el último dato disponible en el año 2015 (7,4).

Número y tasa de nuevos diagnósticos de infección VIH por provincias. 2013-2016

Provincia	2013		2014		2015		2016	
	N	Tasa**	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Almería	45	6,4	63	9,0	75	10,7	68	9,7
Cádiz	80	6,5	105	8,5	70	5,6	92	7,4
Córdoba	29	3,6	26	3,2	30	3,8	35	4,4
Granada	46	5,0	75	8,2	72	7,9	60	6,6
Huelva	50	9,6	55	10,6	42	8,1	24	4,6
Jaén	17	2,3	16	2,4	19	2,9	14	2,2
Málaga	200	12,1	192	11,8	204	12,5	194	11,9
Sevilla	122	6,3	164	8,4	179	9,2	121	6,2
Andalucía	589	7,0	696	8,3	691	8,2	608	7,2
España	4.097	10	4.139	8,9	3.428	7,4	SD	SD
Europa Oeste	29.914	7,1	27.455	6,5	27.022	6,3	SD	SD
Región Europea OMS	60.215	8,3	57.137	7,9	55.230	7,6	SD	SD

*: Datos a interpretar con cautela (primer año de siVihDA, con importante subnotificación).

** : Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente de datos: siVihDA 30 junio 2017. Datos corregidos por retraso en notificación.

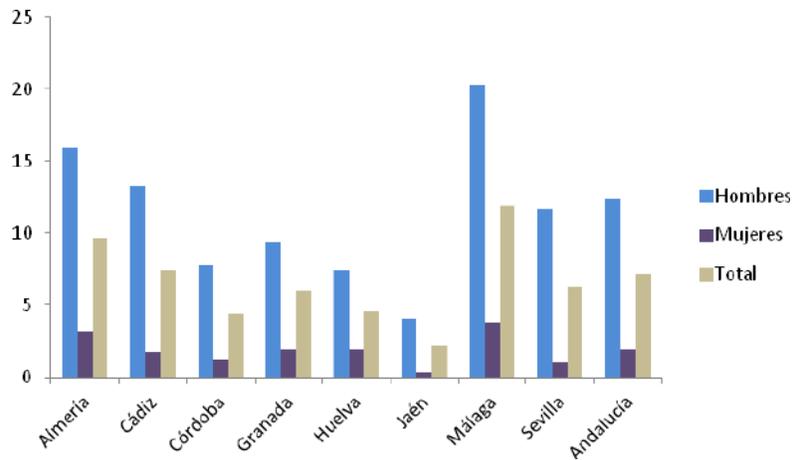
En 2016, la mayoría de los nuevos diagnósticos notificados son hombres (525; 86,4%), con una mediana de edad de 36 años en hombres y 40 años en mujeres. La tasa por 100.000 habitantes es de 12,7 en hombres y 1,9 en mujeres. El grupo de edad con una mayor tasa es el de 25-29 años.

En el total de casos notificados, la vía de transmisión más común de infección fue la transmisión entre HSH (297 casos, 49%), seguida del contacto heterosexual (22% -13% hombres; 78% mujeres-) y de la transmisión parenteral en UDI (2%). En dicho año no se diagnosticó ningún caso de transmisión madre-hijo. La transmisión sexual en conjunto se da en el 71% de los casos. Por sexos, en los hombres la transmisión entre HSH fue mayoritaria (70%), mientras que en las mujeres lo fue la heterosexual (78%). Estos datos son similares al

conjunto de España y es importante resaltar que en un 27% de los casos notificados de nuevos diagnósticos se desconoce la categoría de transmisión.

Por provincias, las diferencias de las tasas de nuevos diagnósticos notificados son muy amplias; la tasa mas elevada corresponde a Málaga (11,9/100.000 habitantes), seguida de Almería (9,7/100.000 habitantes) y Cádiz (7,4/100.000 habitantes). La provincia con menor tasa de casos notificados es Jaén (2,2/100.000 habitantes).

Tasa de nuevos diagnósticos de infección VIH por sexo y provincia 2016. SiVIhDA

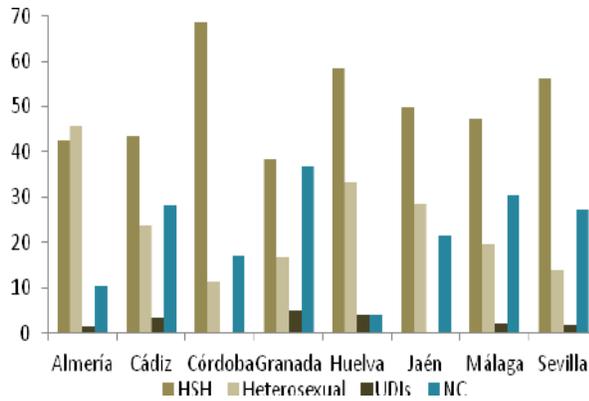


Entre las provincias también existen importantes diferencias en las tasas por sexo y categoría de transmisión, pero prácticamente igual por grupos de edad. Por sexo, el rango de las tasas por 100.000 habitantes, oscilaron en los hombres entre 20,4 en Málaga y 4,1 en Jaén y en mujeres entre 3,7 en Málaga y 0,3 en Jaén. Ya se ha comentado que el porcentaje de casos notificados en los que no consta la categoría de transmisión no es despreciable, detectándose como un área de mejora, con un amplio rango entre la provincia de Granada (36,7%) y la de Huelva (4,2%).

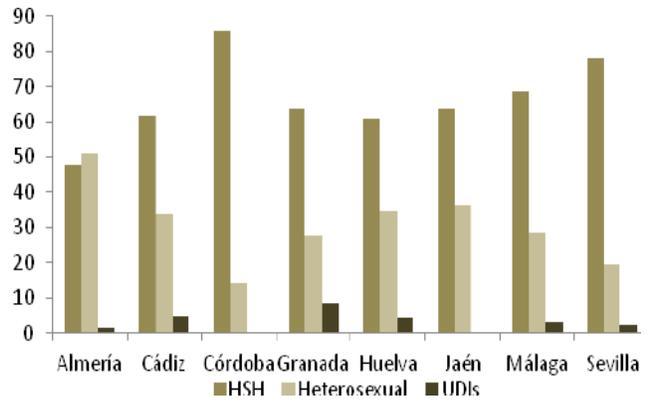
Tanto en el total de los casos como en los que han notificado la vía de transmisión, el mayor porcentaje es en HSH, pero nuevamente con una gran variabilidad. En la provincia de Córdoba supone el 85,7%, seguido de la provincia de Sevilla (78,2%) de los casos notificados

en los que consta la vía de transmisión, frente a la provincia de Almería (47,6%). Le sigue la transmisión heterosexual, donde destaca la provincia de Almería, que es la única provincia andaluza donde los casos en personas heterosexuales superan a los HSH, con un 50,8% de los casos notificados en los que consta la vía de transmisión. Conviene destacar que en la provincia de Granada la transmisión en UDIs es del 8,3%, aunque el número de casos totales de esta categoría de transmisión es muy pequeño (14 casos).

Porcentaje de nuevos casos de infección VIH por categoría de transmisión y provincia. Total casos 2016. SiVIHDA



Porcentaje de nuevos casos de infección VIH por categoría de transmisión y provincia. Casos con registro del dato 2016. SiVIHDA



Diagnóstico tardío

De los 608 nuevos casos notificados en 2016, se conoce el estado inmunológico en 508 (76,1%, en España el 86%). Es destacable que casi la mitad de los casos en los que se conoce este dato, 230 tienen un diagnóstico tardío (49,7%), a expensas sobre todo de la enfermedad avanzada (145 personas; 31,3%) en el momento del diagnóstico y con un ligero empeoramiento en relación al año anterior.

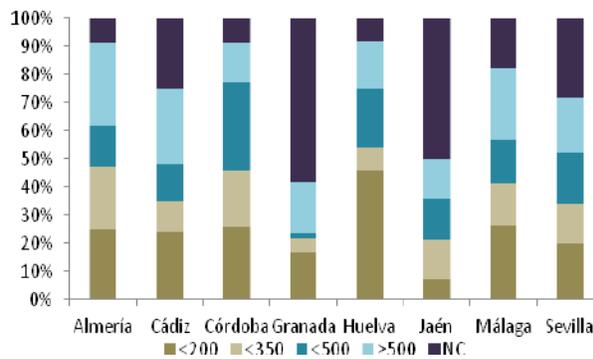
Porcentaje de casos nuevos diagnosticados según cifras de CD4 2015-2016. SiVIHDA

CD4 ⁺ /μL	% 2014	% 2015	% 2016
<200 CD4	28,1	28,1	31,3
200-349 CD4	18,5	18,5	18,3
350-499 CD4	19,3	19,3	20,1
≥500 CD4	34,1	34,0	30,2

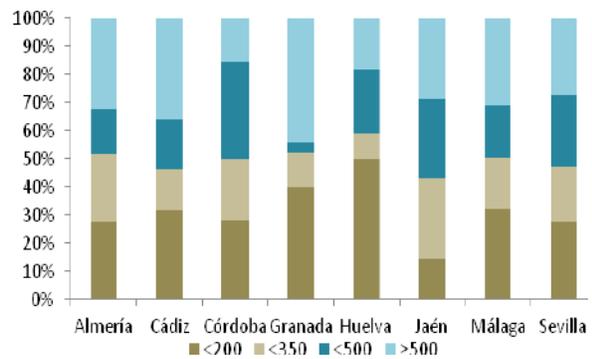
Estos datos están ligeramente por encima de la media de CCAA, con porcentajes del 45,2% para diagnóstico tardío y del 27,1% para enfermedad avanzada, si bien estos datos se refieren a 2015.

Existen grandes diferencias entre las provincias andaluzas, tanto en el conocimiento del estadio inmunológico, como en el número de personas diagnosticadas tardíamente, aunque esto último hay que interpretarlo con mucha cautela, debido a la importante falta de notificación de este dato en algunas de las provincias. Destaca especialmente las provincias de Granada y de Jaén donde no se conoce el número de linfocitos CD4⁺ en el 58% y 50% de los casos notificados respectivamente, en cambio en las provincias de Almería, Córdoba y Huelva el porcentaje de no notificación está alrededor del 8-9%.

Porcentaje de nuevos casos de infección VIH según número de CD4 y provincia. Total casos 2016. SiVIHDA



Porcentaje de nuevos casos de infección VIH según número de CD4 y provincia. Casos con registro del dato 2016. SiVIHDA



El rango del porcentaje de diagnósticos tardíos (incluyendo enfermedad avanzada) oscila entre el 59,1% en la provincia de Huelva y el 42,9% en la provincia de Jaén y en todas las provincias el porcentaje de enfermedad avanzada supera al diagnóstico tardío, salvo Jaén, si bien esta provincia solo notifica 7 casos sobre el total. En 5 provincias (Almería, Córdoba, Granada, Huelva y Jaén) superan la media andaluza en relación al diagnóstico tardío y

enfermedad avanzada. Estos porcentajes tan elevados y la variabilidad entre las provincias también ponen de manifiesto importantes áreas de mejora.

Porcentaje de CD4 por provincias 2016. SiVIHDA

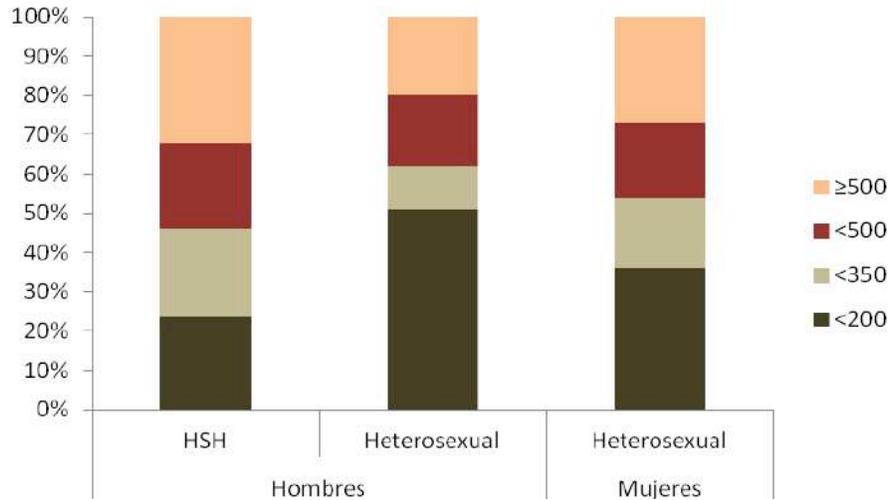
	<200 CD4+	<350 CD4+	≥350 CD4+
Almería	27,4	24,2	48,4
Cádiz	31,9	14,5	53,6
Córdoba	28,1	21,9	50,0
Granada	40,0	12,0	48,0
Huelva	50,0	9,1	40,9
Jaén	14,3	28,6	57,1
Málaga	32,1	18,2	49,7
Sevilla	27,6	19,5	52,9
Andalucía	31,3	18,3	50,3

Por sexo, el porcentaje de hombres que tienen notificados la categoría de transmisión y el estado inmunológico es del 75,6%, este porcentaje en mujeres es algo mayor (79,5%). Sobre los casos que notifican estos dos aspectos y para cada categoría de transmisión, los HSH son los que presentan un menor porcentaje de diagnóstico tardío (46,2%). En personas heterosexuales, el porcentaje de hombres con diagnóstico tardío es del 61,8% y en mujeres es el 56,6%. El número de personas UDIs, tanto mujeres como hombres es muy pequeño y los porcentajes no son valorables.

Porcentaje de CD4 por sexo, categoría de transmisión y número de CD4 2016. SiVIHDA

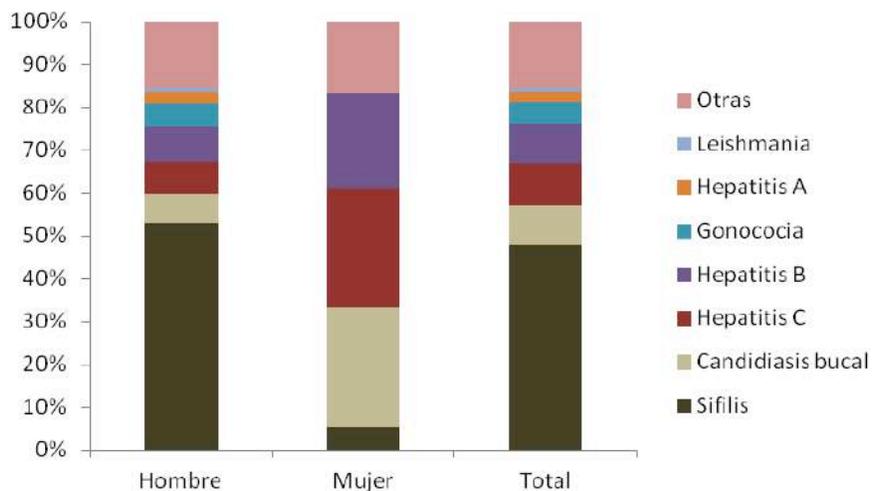
CD4+/μL	Hombres		Mujeres
	HSH	Heterosexual	Heterosexual
<200	23,7	50,9	37,7
200-349	22,5	10,9	18,9
350-499	21,7	18,2	20,0
≥500	32,1	20,0	28,3

Evaluación del Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS



El 28% de los hombres y alrededor del 22% de las mujeres presentaban una coinfección al momento del diagnóstico, dos infecciones el 4,6% de los hombres y el 3,6% de las mujeres y tres infecciones el 0,4% de los hombres y el 1,2% de las mujeres. La coinfección más frecuente en hombres es la sífilis (53%) y la candidiasis bucal y la hepatitis C en mujeres (28% cada una de ellas).

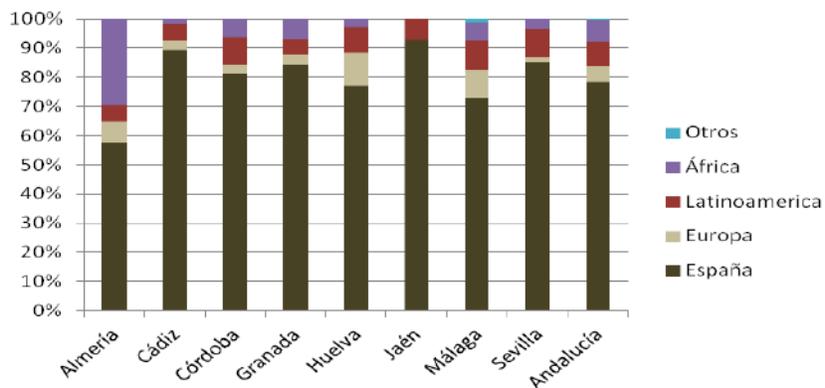
Porcentaje de nuevos diagnósticos de infección VIH con ≥1 coinfección 2016. SIVIHDA



La mayoría de las personas diagnosticadas tiene como país de origen España (77,2%), seguido de diferentes países de Latinoamérica (7,1%), de África, sobre todo de países Subsaharianos (4,5%) y Europa, principalmente de los países del Este (4,1%). Existen diferencias entre las provincias andaluzas; las provincias con mayor porcentaje de personas españolas son Jaén (92,9%) y Cádiz (89,4%) y las que menos Almería (57,7%) y Málaga (72,9%). En Almería destaca el porcentaje de personas originarias de África, sobre todo de países subsaharianos y en Huelva, las personas originarias de Europa, principalmente de los países de Este.

Porcentaje de nuevos diagnósticos de infección VIH por provincia y zona geográfica de origen 2016. SiVIhDA

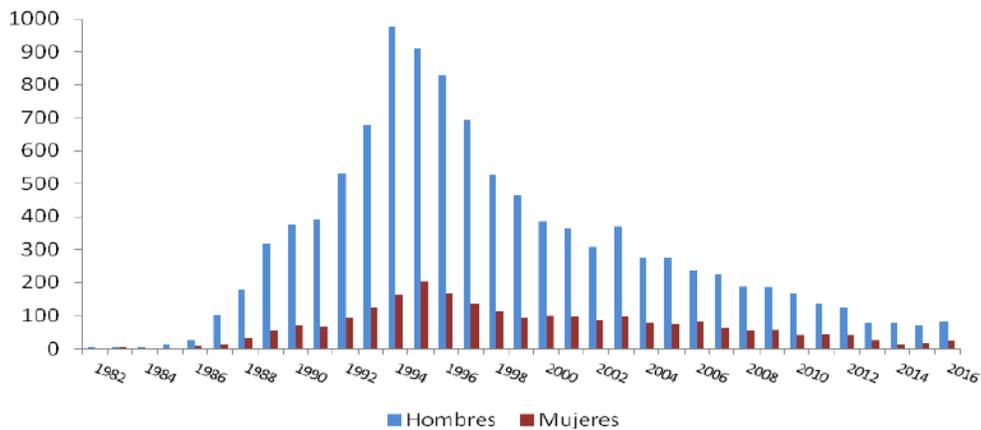
	España	Europa	Latinoamérica	África	Otros
Almería	57,7	7,0	5,6	29,6	0,0
Cádiz	89,4	3,0	6,1	1,5	0,0
Córdoba	81,3	3,1	9,4	6,3	0,0
Granada	84,5	3,4	5,2	6,9	0,0
Huelva	77,1	11,4	8,6	2,9	0,0
Jaén	92,9	0,0	7,1	0,0	0,0
Málaga	72,9	9,4	10,0	6,5	1,2
Sevilla	85,2	1,8	9,5	3,6	0,0
Andalucía	78,5	5,4	8,3	7,5	0,3



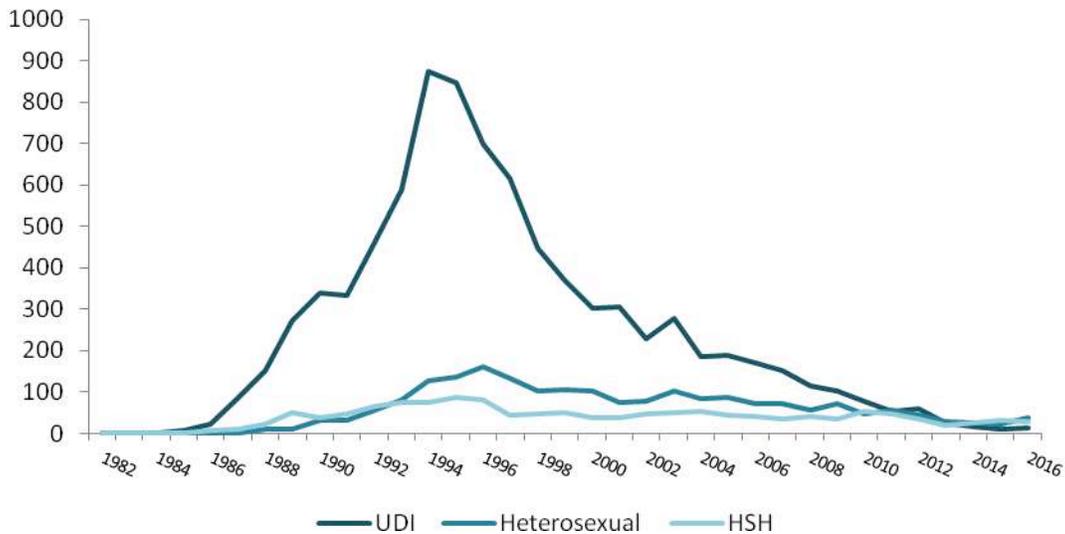
Casos de sida

Desde el inicio de la epidemia hasta el año 2016, en Andalucía se han notificado un total de 12.912 (10.583 hombres y 2.328 mujeres) casos de sida. En las gráficas siguientes se aprecia la evolución del número y de la tasa de sida, en el periodo comprendido entre 1982 y 2016, que es muy similar a la nacional y la evolución del número de casos de sida por sexo y por categoría de transmisión.

Evolución de casos de sida por sexo en Andalucía 1982-2016. SVEA



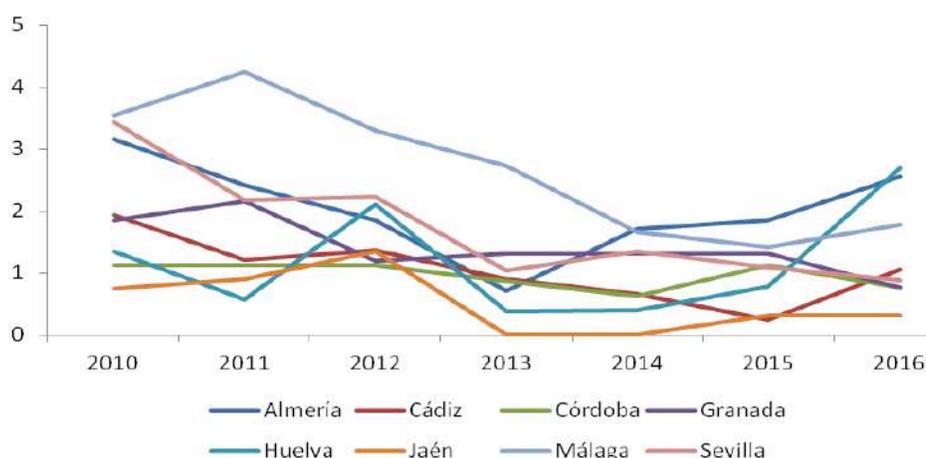
Evolución de casos de sida por categoría de transmisión en Andalucía 1982-2016. SVEA



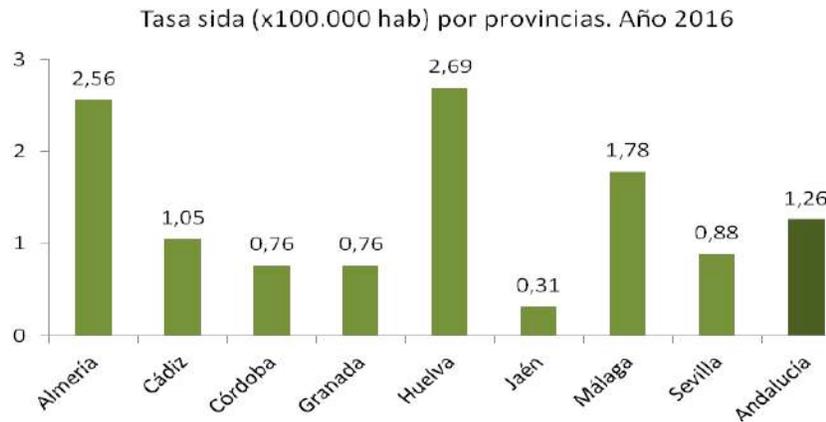
Desde el año 2010, se han declarado 942 casos (733 hombres y 209 mujeres). La tasa de sida (por 100.000 habitantes) ha disminuido en todas las categorías de transmisión, pero de manera muy marcada en el caso de las personas UDIs. A lo largo de estos años, las provincias con mayor tasa son Almería, Málaga y Sevilla.

Tasa (por 100.000 habitantes) de sida por provincias 2010-2016. SVEA

Año	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
2010	3,16	1,94	1,12	1,85	1,35	0,75	3,54	3,44
2011	2,42	1,21	1,12	2,16	0,57	0,89	4,25	2,18
2012	1,85	1,37	1,12	1,19	2,10	1,34	3,3	2,22
2013	0,71	0,89	0,87	1,31	0,38	0	2,73	1,03
2014	1,71	0,65	0,63	1,31	0,39	0	1,66	1,34
2015	1,85	0,24	1,13	1,31	0,77	0,31	1,41	1,08
2016	2,56	1,05	0,76	0,76	2,69	0,31	1,78	0,88



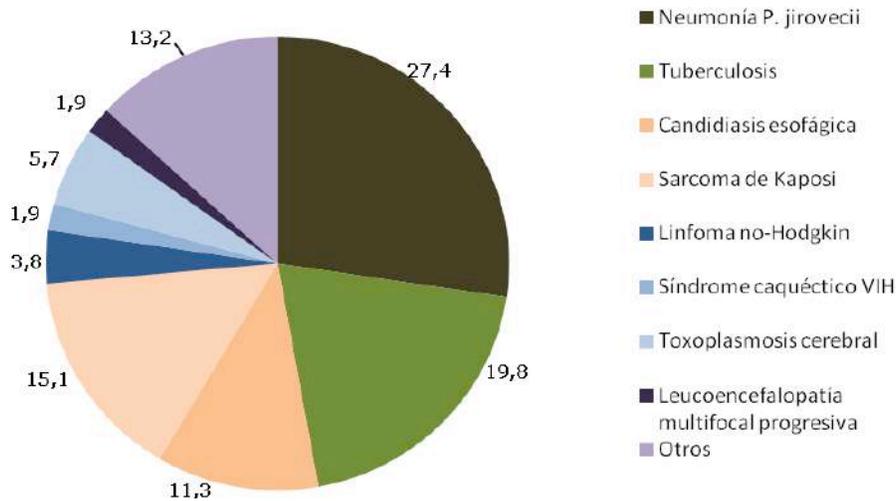
En el año 2016, el total de casos de sida declarados en Andalucía fue de 106 (tasa de 1,26 por 100.000 habitantes), con diferencias entre provincias, destacando la provincia de Huelva, seguida de Almería y Málaga.



Por sexo, los hombres constituyeron el 77,4% de los casos de sida diagnosticados en 2016 (82 hombres y 24 mujeres), con tasas de 1,98 y 0,56 por 100.000 habitantes respectivamente. La edad media al diagnóstico de sida ha ido aumentando de forma paulatina a lo largo de los años, hasta situarse en 2016 alrededor de los 37 años en hombres y los 41 en la mujer. En 82 casos (77,4%) se conocía la categoría de transmisión, por orden de frecuencia, la principal categoría fue la transmisión heterosexual (37 casos; 45,1%), seguida de la transmisión entre HSH (30 casos, 36,6%) y UDI (12 casos, 14,6%). Se ha declarado un caso de transmisión madre-hijo. Aproximadamente el 20% de los casos de sida se ha notificado en personas originarias de países distintos a España, sobre todo de países subsaharianos (28% del total de casos originarios de otros países), Europa Occidental (27%) y Latinoamérica (24%).

La enfermedad defintoria de sida mas frecuente fue la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (27,4%), seguida de la tuberculosis (19,8%), igual que en el conjunto de España.

Porcentaje de enfermedad definitoria de sida 2016. SiVIhDA



En 64 casos (60,4%) el diagnóstico de Sida fue simultáneo al diagnóstico de infección por VIH.

Según datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), la mortalidad por sida está disminuyendo cada año. Los últimos datos disponibles de mortalidad corresponden al año 2015. Se produjeron 132 muertes por sida en Andalucía en ese año (tasa de 2,5 por 100.000 habitantes), de las cuales, 111 fueron hombres (tasa de 4 por 100.000 habitantes) y 21 mujeres (tasa de 0,4 por 100.000 habitantes). Estos datos están por encima de la media de España.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL MUNDO, EUROPA Y ESPAÑA

Infecciones de transmisión sexual en el Mundo y en Europa

La Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) 2006-2015 de la OMS puso de manifiesto la gran importancia de estas infecciones a nivel mundial por la enorme carga sanitaria y socioeconómica que representan, ya que la

presencia de algunas de ellas, sobre todo las ITS ulcerativas como sífilis, chancroide o infección genital por el virus del herpes simple, aumentan de manera considerable el riesgo de contraer o transmitir la infección por el VIH (de 50 a 300 veces en cada relación sexual sin protección); porque existe una interacción muy importante entre la infección muy temprana por VIH y otras ITS, interacción que podría explicar un 40% o más de los casos de transmisión del VIH, sobre todo entre los grupos poblacionales más propensos a tener un elevado número de parejas sexuales.

Por otro lado, la estimación es que todos los años se producen millones de casos nuevos (mas de 800 millones en 2012), como la infección por *Treponema pallidum* (sífilis), e infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, por virus distintos al VIH (hepatitis B –VHB-, papiloma humano –VPH- y el del herpes simple –VHS-) entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años y sus consecuencias sobre la morbilidad y mortalidad. Solo la sífilis en el embarazo causa más de 300.000 muertes fetales y neonatales por año; las infecciones por clamidias y gonococo son causa frecuente de infertilidad o la infección por el VPH es responsable de 530.000 casos de cáncer cervicouterino y de 264.000 muertes por esta causa).

Todo ello puede empeorar si se mantienen las tendencias sociales, demográficas y migratorias y ante la posibilidad de que la infección gonocócica se convierta en una enfermedad incurable debido a reducción de las posibilidades terapéuticas por resistencia antimicrobiana. Tanto la OMS como el ECDC tienen programas de vigilancia, en el contexto europeo a través del European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (Euro-GASP), por lo que la OMS continúa con la Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las ITS para 2016–2021. En el ECDC, se registran las infecciones por *Chlamydia trachomatis*, linfogranuloma venéreo, gonococia y sífilis.

La comparación de las tasas de ITS entre países se ve obstaculizada por las diferencias en los sistemas de vigilancia, los diferentes métodos de diagnóstico utilizados, la cantidad de pruebas necesarias para la detección de la ITS y el subregistro.

Según el informe de vigilancia del ECDC en 2013, las ITS en Europa se resumen en la siguiente tabla:

ITS en Europa 2013. ECDC

	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Gonococo	Sífilis
Nº de casos	384.555	52.995	22.237
Tasa total (x 10 ⁵)	182	16,9	5,4
Tasa hombres (x 10 ⁵)	153	28,9	8,4
Tasa mujeres (x 10 ⁵)	207	9,7	1,6
% 15-24 años	67	39	14
% HSH	22	43	58
% incremento 2008-2013	67	79	50

Con mucha diferencia, la infección por *Chlamydia trachomatis* es la más frecuente de las ITS en la UE, estimándose que su número es aún mayor del declarado, ya que solo 4 países aportan el 83% de los casos (Alemania, Noruega, Suecia e Inglaterra). Le sigue los casos de gonococia, en la que es preocupante la disminución de la susceptibilidad de *N. gonorrhoeae* a las cefalosporinas de tercera generación como un importante problema de salud pública. Un elevado número de estas infecciones se dan en Europa Occidental y Central, aunque puede deberse a diferentes motivos relacionados con la mejora de la detección de casos, de los test diagnósticos, de la existencia de sistemas de información y registro, así como de programas de cribado de estas enfermedades sobre todo en los grupos de edad más jóvenes.

En el caso de la sífilis, cabe resaltar que es 5 veces más frecuente en hombres que en mujeres, sobre todo en HSH, generalmente mayores de 25 años. También se notificaron 65 casos de sífilis congénita (tasa de 2/100.000 nacidos vivos). La tendencia de casos de sífilis congénita registrados se ha mantenido estable a lo largo de los años sin embargo, se sospecha que existe un considerable subregistro.

Infecciones de Transmisión Sexual en España

La vigilancia de las ITS sirve para monitorizar la evolución de las mismas y para establecer una vigilancia de segunda generación de la infección por el VIH, como indicador centinela sobre comportamientos de riesgo.

El *Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras ITS 2013-2016*, recoge que tras un período de disminución de la incidencia de las ITS a finales de los años 80, se produjo un aumento de los casos de algunas de ellas, como sífilis y gonococia, junto al incremento de la resistencia a algunos antibióticos en *N. gonorrhoeae* durante los últimos años, así como el incremento de la infección por *Chlamydia trachomatis*, la ITS notificada con mayor frecuencia.

En el periodo 2008-2014, se ha producido un aumento creciente de los casos declarados de gonococia y sífilis como EDOs, a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en España

Número y tasa de gonococia y sífilis en España 2008-2014. RENAVE

	Gonococia		Sífilis	
	N	Tasa	N	Tasa
2008	1.897	4,2	2.545	5,7
2009	1.954	4,3	2.496	5,3
2010	1.944	4,3	2.909	6,4
2011	2.640	5,7	3.522	7,6
2012	3.044	6,6	3.641	7,9
2013	3.315	7,1	3.723	8,0
2014	4.562	9,8	3.568	7,7

Para el año 2014, el patrón es parecido a los casos declarados en Europa en cuanto a sexo y edad, pero con tasas muy diferentes. En España la tasa por 100.000 habitantes para gonococo es casi la mitad de la europea, en cambio es superior para la sífilis (un 43% superior). Se diagnosticaron 6 casos de sífilis congénita (tasa de 1,4 por 100.000 nacidos vivos). Además existen grandes diferencias entre CCAA. Estas diferencias pueden ser

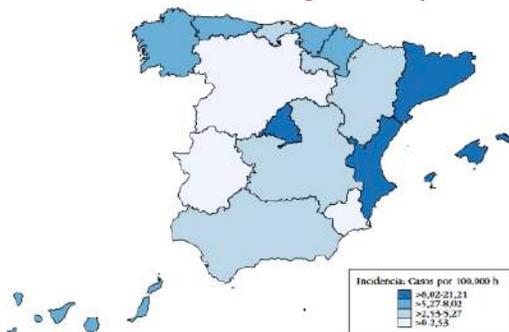
debidas a numerosas razones, entre las que no hay que olvidar el subregistro de las mismas. En España no se dispone de las tasas para el caso de la infección por clamidias:

ITS en España 2014. RENAVE y SIM

	<i>Chlamydia trachomatis</i> *	Gonococo	Sífilis
Nº de casos	2.342	4.562	3.568
Tasa total (x 10 ⁵)	-	9,8	7,7
% hombres (x 10 ⁵)	45,3	87,8	84,8
% 25-34 años	39,2	40,6	32,3
% incremento 2008-2013	-	140	40

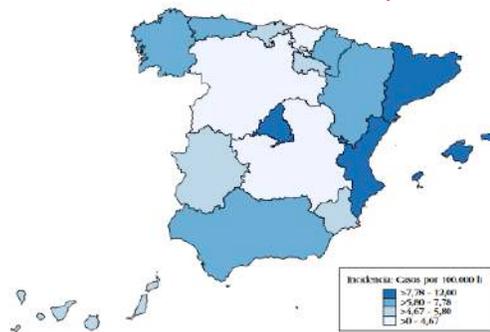
*: Datos procedentes de 20 laboratorios incluidos en el Sistema de Información Microbiológica (SIM). El SIM tiene como objetivo añadir especificidad a la vigilancia de las EDOs para ayudar al conocimiento de las infecciones incidentes en nuestro medio, identificar los agentes etiológicos y sus principales características de presentación y detectar cambios en los patrones de presentación.

Distribución de los casos de gonococo por CA 2014



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Distribución de los casos de sífilis por CA 2014



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ANDALUCÍA

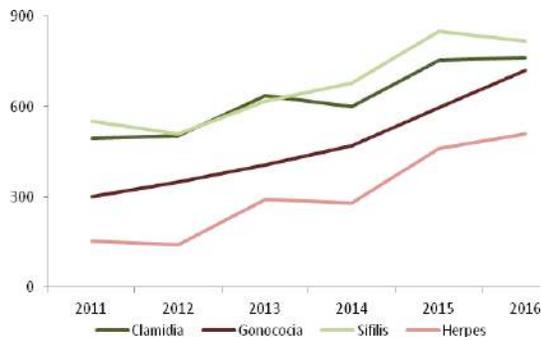
Los datos se han obtenido del Informe monográfico sobre Infecciones de Transmisión Sexual en Andalucía 2011-2016, realizado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA). En dicho periodo se han declarado 12.681 casos de ITS correspondientes a clamidia, gonococia, sífilis y herpes simple, cifra que se ha incrementado de forma

importante con respecto a periodos anteriores. En las siguientes tabla y gráfica puede observarse la evolución del número de casos de cada una de dichas ITS. La incidencia ha sido mayor para la sífilis (32%), seguida de la infección por *Chlamydia trachomatis* (30%), gonococia (22%) y herpes genital (16%).

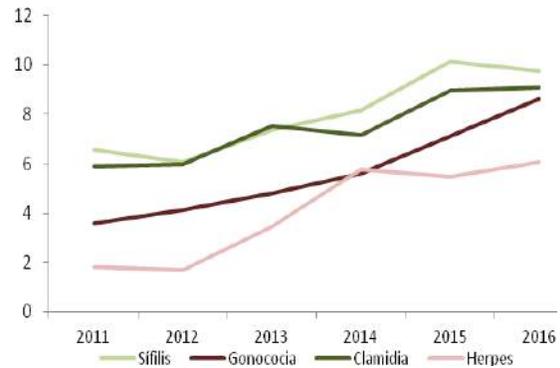
Número de ITS en Andalucía 2011-2016. SVEA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>C. trachomatis</i>	495	504	636	599	754	763
Gonococia	301	348	406	470	597	722
Sífilis	552	510	619	680	852	819
Herpes simple	154	142	293	280	461	508
Total	1.502	1.504	1.954	2.029	2.664	2.812

Evolución del número de ITS en Andalucía 2011-2016. SVEA



Evolución de la tasa de ITS en Andalucía 2011-2016. SVEA



Según el informe del SVEA, en 2016 la infección mas frecuente es la sífilis, seguida de la infección por clamidia, gonococo y herpes simple. A excepción de esta última infección existe un claro predominio en los hombres y la edad mas frecuente está entre los 25 y 34 años. Este sistema de vigilancia no permite conocer si la transmisión sexual mas frecuente se produce en hombres heterosexuales o HSH. Un resumen de estos datos se muestra en la siguiente tabla:

ITS en Andalucía 2016. SVEA

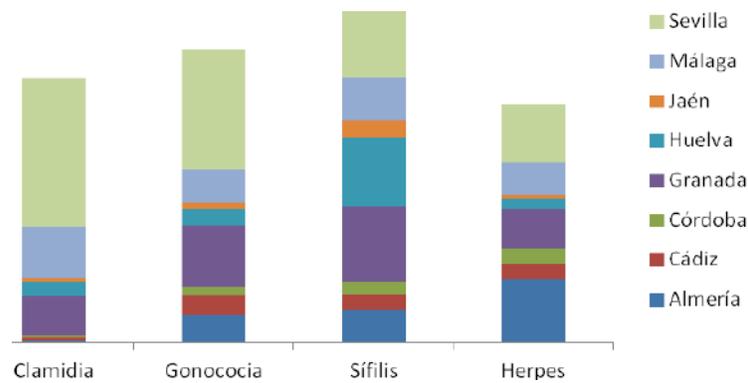
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Gonococo	Sífilis	Herpes simple
Nº de casos	763	722	819	508
Tasa total (x 10 ⁵)	9,1	8,6	9,8	6,1
% hombres	61,2	85,0	90,3	34,0
% 25-34 años	41,4	38,5	33,0	33,5
% incremento 2011-2016	54	140	48	230

En todas las ITS, la procedencia predominante de las personas diagnosticadas es española (superior al 80%), sin detectarse ninguna circunstancia específica, como prostitución o inmigración, en contraste con lo que ocurría en los años anteriores.

La mayoría de las ITS tienen una localización genital (>50%), seguida de la forma anal-rectal (12-14%), a excepción de la sífilis donde se realiza el diagnóstico en un estadio secundario en casi el 20% de los casos, siendo la forma sistémica la más frecuente, seguida de la genital.

Durante este periodo, hay que destacar la sustancial diferencia de las tasas de las ITS analizadas entre las provincias andaluzas. En 2016, la diferencia de las tasas por 100.000 habitantes para clamidias es de 26,3 en Sevilla y 0,3 en Almería; para gonococia de 21,2 en Sevilla y 1,1 en Jaén; para sífilis de 20 en Sevilla y 2,3 en Córdoba y para herpes simple de 11,2 en Almería y 0,8 en Jaén. Esta situación puede deberse a diferentes causas, entre las que cabe destacar un subregistro importante en algunas provincias (por ejemplo Cádiz y Córdoba), a la existencia del Centro de ITS de Sevilla, ya que destaca esta provincia en comparación con el resto y a la accesibilidad a determinados test diagnósticos, como en el caso de la clamidia, que no está disponible en todos los centros sanitarios.

Tasa de ITS por provincias en Andalucía 2016. SVEA



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL CENTRO DE ITS DE LA PROVINCIA DE SEVILLA

Por su contribución al conocimiento de la epidemiología y caracterización de las ITS en Andalucía es importante exponer los datos del Centro de Prevención y Atención de ITS de la provincia de Sevilla. Es un centro que se creó en 1989, como dispositivo de apoyo del Distrito de Atención Primaria y de ámbito provincial. En la siguiente tabla vemos los datos de nuevos diagnósticos referidos a 2016 de este centro y su contribución a la vigilancia epidemiológica de las ITS al compararlo con el total de la información notificada al SVEA en la provincia de Sevilla y Andalucía.

Comparativa del número y porcentaje de ITS declarados en el Centro de Sevilla, provincia de Sevilla y Andalucía 2016

	N centro ITS	N Sevilla	N Andalucía	% Sevilla	% Andalucía
Clamidia	446	510	763	87,4	58,4
Gonococo	293	412	722	71,1	40,6
Sífilis	159	389	819	51,4	19,4
Herpes	177	200	508	88,5	34,8

Según la memoria del centro, en 2016 se realizaron 13.309 consultas (3.096 primeras visitas y 10.213 revisiones), la mayoría de ellas derivadas desde otro profesional sanitario (54,4% desde AP). El 69% consultaron por la presencia de síntomas y un 10,5% de las consultas se

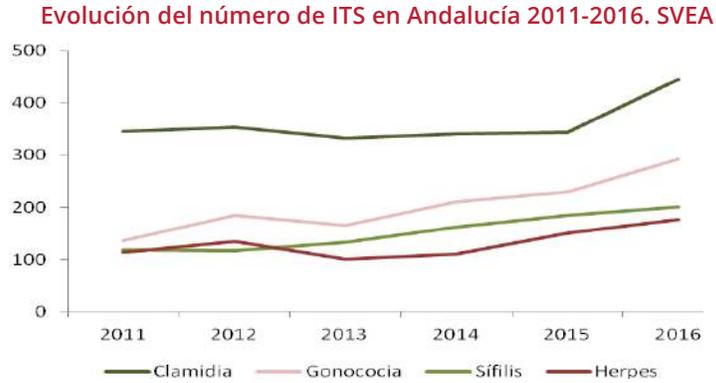
originaron por estudios de contactos. El 55% de ellos tenían claramente un riesgo aumentado de padecer una ITS (fundamentalmente HSH con múltiples parejas sexuales). El 31% no presentaban una ITS tras el estudio pertinente y el 30% tenían dos o mas ITS de manera concomitante.

La infección mas frecuente es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), con 1.434 casos (46% del total de consultas nuevas). Entre las ITS que permiten compararnos con otros países y con España, la más frecuente fue la clamidia, seguida de gonococo, sífilis y herpes simple. Esta secuencia es coincidente con la información que aporta el ECDC para la mayoría de los países de nuestro entorno. Los casos de clamidias y herpes son mas frecuentes en mujeres y hombres heterosexuales, mientras que gonococia y sífilis el predominio es en el grupo de HSH. La edad mas frecuente está entre los 19 y 25, algo mas jóvenes que los casos del SVEA. La localización mas frecuente es la genital, seguida de la faríngea (gonococo) y de la recto-anal. En este mismo año también se han diagnosticado 26 casos de infección VIH que no conocían su situación. Resaltar que alrededor del 20% de los casos de sífilis se diagnostican en un estadio de sífilis latente tardía. Un resumen de estos datos lo vemos en la siguiente tabla:

ITS en el Centro de ITS de Sevilla 2016

	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Gonococo	Sífilis	Herpes simple
Nº de casos (%)	446 (14,4)	293 (9,4)	200 (6,5)	177 (9%)
% HSH	26	61	91	9
% localización genital	82,7	58,7	-	-
% estudios de contacto	22,8	26,5	14,7	-
% incremento 2011-2016	30	115	70	56

Como en el resto de series estudiadas, la tendencia de todas estas ITS es ascendente en el periodo 2011-2016.



b. Prevención de la infección VIH y otras ITS

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN POR VIH Y OTRAS ITS EN LA POBLACIÓN GENERAL

1. El teléfono de información "Salud Sexual y Reproductiva" incluye consultas relacionadas con el VIH. Según datos de Salud Responde, de 2010 a 2016 se han realizado 8.661 llamadas y alrededor de 75.000 asesorías sobre la infección por VIH. Casi la mitad de las llamadas fueron realizadas por hombres, de las provincias de Sevilla, Málaga y Cádiz. Las cuestiones planteadas versan sobre mecanismos de transmisión (50%), el diagnóstico y las pruebas (24%), información general sobre la infección (12%), recomendaciones sobre la prevención (4%) y derechos de las personas que viven con el VIH (1%).
2. **Proyectos de prevención de la infección VIH y otras ITS.** Hasta 2011, el Plan Nacional sobre el Sida distribuía una dotación económica para las Comunidades Autónomas para financiar acciones dirigidas a la prevención de la infección por el VIH y a mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con el VIH. A partir de 2012 desaparece esta aportación, se canaliza por el IRPF y se destina solo a subvenciones de entidades sociales a nivel estatal. En Andalucía, desde 2010 hasta 2016 se han gestionado 862 proyectos autonómicos y provinciales realizados por asociaciones que han solicitado una subvención pública, con una financiación de 1.800.000 euros.

Número y financiación de proyectos por provincias 2010-2016. Consejería de Salud

	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016-17		
	Nº proyectos/€		Nº proyectos/€		Nº proyectos/€		Nº proyectos/€		Nº proyectos/€		Nº proyectos/€		Nº proyectos/€		
Almería	10	23.000	10	23.000	9	23.000	10	23.000	9	23.000	8	32.000	6	20.000	
Cádiz	22	47.000	22	47.100	20	46.500	19	46.000	21	48.000	22	72.000	20	43.000	
Córdoba	6	23.000	6	23.000	9	23.000	12	23.000	9	23.000	9	32.000	10	20.000	
Granada	15	31.000	15	31.000	13	31.000	15	30.000	12	28.000	8	43.000	8	20.000	
Huelva	11	23.000	11	23.000	18	23.000	20	23.000	17	23.000	14	32.000	18	20.000	
Jaén	9	23.000	9	23.000	7	23.000	7	23.000	6	23.000	10	32.000	7	18.000	
Málaga	18	50.000	18	50.000	14	51.000	14	52.000	15	51.500	17	82.000	17	60.000	
Sevilla	28	70.000	28	69.900	23	69.500	25	69.000	21	69.500	23	104.000	22	78.000	
Andalucía	7	95.000	8	95.000	9	95.000	8	89.108	8	89.108	11	150.000	9	130.000	
Subtotal	126	385.000	127	385.000	122	385.000	130	378.108	118	378.108	122	412.000	117	379.000	
Total														862 proyectos/1.778.215,54 Euros	

Estos proyectos responden, en cuanto a pertinencia, contenido, población destinataria, objetivos y resultados, a las prioridades que la Consejería de Salud propone en sus bases reguladoras, sobre todo diagnóstico precoz de la infección VIH, atención a la población más vulnerable al VIH, con mayores prácticas de riesgo y/o en zonas con necesidades de transformación social y prevención mediante estrategias formativas, de educación para la salud y de sensibilización dirigidas a la sociedad andaluza en general y especialmente a la población más joven.

3. Campañas informativas para la población general en cadenas locales y regionales de radio, televisión y prensa. Desde 2010, se desarrollan acciones de comunicación en colaboración con EMA-RTV (Asociación de Emisoras Municipales y Ciudadanas de Andalucía de Radio y Televisión), con el objetivo de difundir mensajes relacionados con la infección por el VIH y otras ITS. Se han grabado 32 entrevistas a informantes claves, 12 cuñas publicitarias, 3 intervenciones participativas en el Día Mundial de la lucha frente al VIH/sida; llegando a tener impacto en las 8 provincias andaluzas, con más de 100 ayuntamientos asociados y dos millones de oyentes.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN POR VIH Y OTRAS ITS EN GRUPOS DE POBLACIÓN QUE REQUIEREN INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

1. Material preventivo distribuido en campañas de prevención. Desde 2010 a 2016 se han distribuido 7.710.880 preservativos masculinos, 1.350.000 unidades de lubricante, 273.425 kits para HSH, 62.000 preservativos femeninos y 216.300 kits específicos para el día mundial de la lucha frente al VIH/sida.

Campañas de prevención. Distribución de material preventivo 2010-2016

	2010	2011-2012	2013	2014-2015	2016
Preservativo masculino	2.500.000	2.500.000	1.100.00	1.404.000	506.880
Lubricante	500.000	500.000	120.00	145.000	195.000
Preservativo femenino		54.000			8.100
Dental Dam	17.000				
Kit HSH	75.000	65.000	62.500	65.425	53.000
KIT Día Mundial				107.800	108.500
Kit jeringuillas	35.800			6.200	
Coste Anual	187.000 €	180.000 €	60.000 €	82.984,9 €	64.889,98
Total					574.874,88 €

2. Programas específicos para HSH. Entre 2010 y 2015 se han realizado diversas campañas de prevención dirigidas de forma específica al colectivo HSH. A destacar:
 - Usa tu segunda piel.
 - La información es la vacuna.
 - Por mi, por mis compañeros y por mi primero.
 - Ponte gafas, el VIH no se ve.



3. Actividades con otros subgrupos

- Personas privadas de libertad: Ciclo de formación Hábitos Saludables "Contra el sida deja tu huella". Prisiones de Puerto 1, Puerto 2 y de mujeres de Alcalá de Guadaíra
- Personas que ejercen prostitución: Edición y reedición de material preventivo (preservativo femenino) dirigido a mujeres altamente vulnerables en situación de prostitución.
- Personas inmigrantes: Participación en la campaña "Hablamos!" del MSSSI. Acción informativa traducida a 12 idiomas.

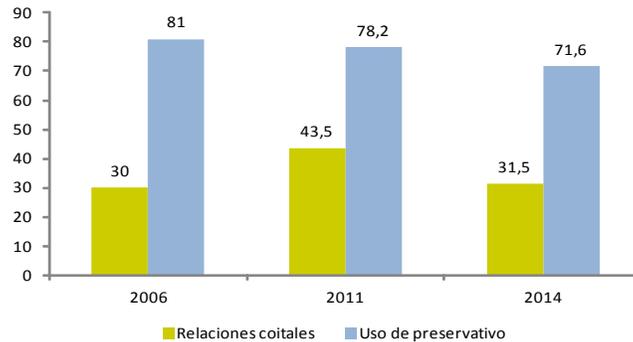
PREVENCIÓN EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

El Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) analiza las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes andaluces, entre ellas la conducta sexual. Se trata de un estudio internacional, que en España está financiado por el MSSSI y los investigadores principales son profesionales del Departamento de Psicología Evolutiva de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.

En los tres últimos estudios realizados con representatividad de la población adolescente de Andalucía, observamos que el porcentaje de jóvenes andaluces que dicen haber mantenido relaciones sexuales coitales ha disminuido en 2014, 8 puntos porcentuales con respecto a los datos de la edición de 2011 y se mantiene en un porcentaje similar al de 2006. Esta cuestión se plantea solo a los chicos y chicas de 16 a 18 años y no en el total de la muestra (de 11 a 18 años).

En cambio, entre los que han contestado que han mantenido relaciones sexuales coitales, se observa un descenso considerable del porcentaje de adolescentes que afirma haber utilizado el preservativo como método anticonceptivo en la última relación sexual. En concreto, en 2006 fue del 81%, en 2011 el porcentaje disminuyó en 2,8 puntos porcentuales respecto a ese año y en 2014 ha vuelto a descender hasta llegar al 71,6% en 2014.

Conducta sexual de los adolescentes andaluces. Estudio HBSC 2006-2014



Para invertir estos porcentajes, se desarrollan las siguientes acciones:

1. **Concurso de Carteles y soportes alternativos**, dirigido a población de 14 a 30 años, para visibilizar la epidemia del VIH y fomentar su prevención y la de otras ITS. Se han realizado 21 ediciones (1995–2016), en las que se han presentado 10.418 trabajos y 20 premios anuales entregados el Día Mundial de la Lucha frente al Sida.

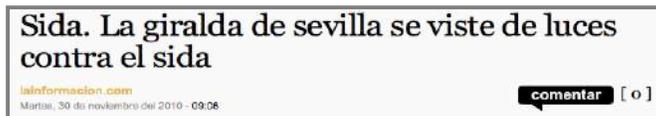
2. **Contra el sida deja tu huella.** Actividad lúdico-formativa para elevar el nivel de información, mejorar el grado de percepción del riesgo y desmitificar creencias erróneas. Se han organizado 122 puntos formativos, 542 dinamizadores voluntarios formados como monitores y 35.000 jóvenes participantes de ambos sexos.
3. **Forma Joven.** Estrategia de salud para jóvenes y adolescentes de Andalucía en centros educativos y otros entornos, sobre sexualidad y relaciones afectivas, salud mental, convivencia y estilo de vida saludable. Entre 2010 y 2016 se han realizado 14.571 asesorías individuales y 12.693 grupales. El volumen de asesorías tanto individuales como grupales casi se ha duplicado entre los años 2015 y 2016.
4. **Actualización del documento de educación sobre el VIH/sida para el profesorado y el alumnado "Somos precavidos"**

OTRAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON LA INFECCIÓN VIH

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

Entidad	Localidad	Subvención
"SILOE", Asociación Jerezana de ayuda afectados por VIH/sida	Jerez de la Frontera (Cádiz) 25 plazas. 7 drogas, 9 dependencia	2010-2013: 80.590 €
Asociación GERASA	Chiclana (Cádiz) 26 plazas, 15 drogas 11 dependencia.	2010-2013: 60.000 €
Cruz Roja Española	Granada 8 plazas	2010-2013: 72.000 €
"Colichet". Caritas Diocesanas Málaga	Málaga 22 plazas 10 concertadas	2010-2012: 81.572 €
"ASIMA". Asoc. Ciudadana Antisida Málaga	Málaga 30 plazas	2010-2013: 97.400 €
Centro Amigo. Caritas Diocesanas Sevilla	Sevilla	2008 y 2013: 45.000€
Comité Ciudadano Antisida Huelva (ACCASH)	Huelva 6 plazas	2010-2013: 36.950 €
TOTAL		489.512 €

2. **Prevención del estigma y la discriminación.** Desde el año 2010 la Consejería de Salud participa en la campaña de ONUSIDA "light for right" promoviendo, para el Día Mundial del Sida, la iluminación de color rojo de edificios emblemáticos de distintas ciudades. En Andalucía, en estos cinco años han participado activamente aquellas ciudades sedes de la "Entrega del Concurso de Carteles y Soportes Alternativos", especialmente, Almería, Cádiz y Sevilla. Con el compromiso y colaboración de sus Ayuntamientos se han iluminado: La Giralda, Las Setas, La casa encendida, la fuente de la plaza del Ayuntamiento de Cádiz.



3. **Jornadas de Formación sobre Comunicación en Salud** en las Universidades de Málaga y Sevilla, destinadas a contribuir a evitar el estigma y la discriminación hacia las personas que conviven con VIH, proporcionando herramientas claves para corregir errores más frecuentes al informar sobre la infección del VIH por parte de los medios de comunicación.



c. Diagnóstico precoz

El diagnóstico precoz de la infección VIH es una prioridad sanitaria en España y en Andalucía por diferentes razones, entre ellas la elevada incidencia de nuevos diagnósticos sobre todo en personas jóvenes y específicamente en HSH; porque es muy frecuente la coinfección con otros procesos que pueden llegar a ser graves, como es el caso de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) o como la sífilis que facilita la transmisión del VIH y porque un diagnóstico precoz, conlleva también un tratamiento precoz que contribuye a disminuir la transmisión del virus circulante, si se consigue el tratamiento antirretroviral del 90-100% de las personas infectadas, con el objetivo óptimo de la erradicación epidemiológica del virus.

En Andalucía se lleva a cabo el programa de diagnóstico precoz en el ámbito comunitario, desarrolladas por entidades y por los Centros de ITS de Sevilla, Campo de Gibraltar, Granada y Málaga y se ha completado el pilotaje del diagnóstico precoz en el ámbito de la Atención Primaria de Salud.

PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

La realización y oferta de pruebas rápidas en entornos comunitarios, combinada con otros servicios de prevención y captación para poblaciones de alto riesgo es una manera efectiva y accesible para las personas que no frecuentan los servicios sanitarios habitualmente.

El programa de diagnóstico precoz realizado por entidades y ONGs en el ámbito comunitario se realiza de manera conjunta con la Consejería de Salud. Se han formado 610 profesionales y participan de manera activa 49 entidades.

Desde el año 2009 hasta septiembre de 2016, se han entregado 29.397 pruebas de diagnóstico rápido, de las que se han realizado 25.778 (87,7%).

Han resultado positivos 578 casos (2,2%), la mayoría de ellos hombres (85,6%), de los cuales se han confirmado el 96% y se ha realizado servicio de acompañamiento al SSPA en el 87,4%. En 2015, se han diagnosticado 75 casos, lo que supone el 12% de todos los casos declarados en ese año en Andalucía, porcentaje

Programa de diagnóstico precoz realizado por entidades y asociaciones 2009-2016

Año	Test entregados	Test realizados	+ Hombres	+ Mujeres	+ Trans
2009	2.607	1.901	40	17	-
2010	4.087	2.978	46	5	4
2011	3.716	3.284	56	9	0
2012	2.931	3.213	60	13	2
2013	4.310	3.763	82	10	0
2014	4.094	4.045	86	7	0
2015	3.765	3.731	70	4	1
2016*	3.887	2.863	54	11	1
Total	29.397	25.778	494	76	8
					578

*Enero-Septiembre 2016

La realización del test de diagnóstico rápido en estos escenarios de acercamiento tiene un coste directo medio de 187 € por caso detectado. Podemos afirmar que el test de diagnóstico rápido en las condiciones en las que se está aplicando en Andalucía es coste-efectivo; teniendo en cuenta que las personas diagnosticadas de infección por VIH de forma precoz se benefician del tratamiento antirretroviral por lo que evitan el desarrollo de sida y la transmisión a otras personas una vez iniciado el tratamiento. A los costes derivados del abordaje de sida (atención sanitaria de las enfermedades propias del sida y mayor coste de los fármacos) habría que sumar los costes del tratamiento de las personas a las que ellas habrían seguido infectando en sus prácticas sexuales al desconocer su condición de vectores de la infección, además de los costes sociales derivados de la incapacidad provocada por el sida y el sufrimiento generado a ellas mismas y a sus allegados.

DIAGNÓSTICO PRECOZ EN CENTROS SANITARIOS: ESTUDIO PILOTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA OFERTA RUTINARIA DE LA PRUEBA DIAGNÓSTICA DEL VIH EN ATENCIÓN PRIMARIA

Según la guía de Recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario (MSSSI, 2014), las consecuencias de un diagnóstico tardío incluye no solo a la persona afectada, también a sus contacto sexuales. Estas **consecuencias** se pueden resumir en:

- Mayor morbimortalidad por sida
- Mayor morbimortalidad por comorbilidades (enfermedades no-definitorias sida)
- Peor respuesta inmunológica al tratamiento antirretroviral
- Mayor incidencia de efectos tóxicos de los antirretrovirales
- Interacciones farmacológicas con los fármacos para el tratamiento de las infecciones oportunistas.
- Aparición del síndrome inflamatorio de reconstitución inmune
- Transmisión del VIH. Según diferentes estudios, un porcentaje del 25% de personas con infección por VIH no conocida, es responsable de mas del 50% de los nuevos casos de VIH.
- Mayor coste económico

Ya hemos visto como, en Andalucía el porcentaje de diagnóstico tardío es muy elevado (46,6%), siendo especialmente alarmante la coincidencia del diagnóstico de infección VIH y sida (28,1%), así como la elevada frecuencia de presentar al menos otra ITS concomitante (30% en hombres y 18% en mujeres). Estos datos son similares a la media notificada en España y otras CCAA, así como en otros países europeos.

En este contexto, Andalucía participó en el estudio piloto para conocer la factibilidad de la implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica del VIH en AP, realizado por el MSSSI con el objetivo general de promover el diagnóstico precoz del VIH para disminuir el número de personas con infección no diagnosticada y, de forma secundaria, disminuir el porcentaje de diagnóstico tardío.

Dicho estudio se realizó en 2015, seleccionando una serie de centros de salud, en los que los médicos y médicas de familia ofertaban, de manera oportunista, la prueba a todas las personas sexualmente activas de 20-59 años y que requieran una extracción de sangre para analítica y resida en provincias cuyas tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el grupo de edad seleccionado esté por encima del percentil 75 en ese mismo grupo, calculado durante los 3 últimos años a nivel nacional. Los y las profesionales que aceptaban participar recibieron formación previa al desarrollo del protocolo de estudio para el abordaje del mismo. Los centros y profesionales que han participado son:

Centros participantes estudio piloto para la implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica del VIH en AP

Provincia	Distrito	Nº Centros Salud	Centro Salud	Nº profesionales
Cádiz	Bahía Cádiz	4	Barbate Puerto Real Puerto de Santa María Olivillo	54
Málaga	Málaga	2	El Palo Cruz Humilladero	45
	Costa del Sol	2	Torremolinos La Carihuela Torremolinos San Miguel	34
Sevilla	Sevilla	4	Alamillo Polígono Sur Marqués de Paradas San Luis	65

La aceptación de los profesionales sanitarios para participar en el estudio y de los pacientes a la realización de la prueba ha sido muy elevada.

En cuanto a los resultados obtenidos, 4 de las 1.131 pruebas efectuadas en total han resultado positivas, 2 en el Distrito Costa del Sol y otros dos en el Distrito Sevilla. Tres fueron HSH y uno en un hombre heterosexual. La prevalencia de infección por el VIH en el ámbito geográfico de Andalucía donde se ha realizado el estudio ha sido del 0,35%. Ello indica que la estrategia de oferta rutinaria de la prueba del VIH en Atención Primaria en el mismo es coste-eficaz (prevalencia superior al 0,1%).

d. Atención sanitaria

Las recomendaciones de ONUSIDA marcan como objetivo para el año 2020 que el 90% de las personas que tienen el VIH conozcan su situación, que el 90% de ellas se encuentren en TAR y que, a su vez, el 90% se encuentren con carga viral indetectable. Diferentes estudios estiman que la prevalencia de infección no conocida está alrededor del 30%.

En Andalucía, como en España y la mayoría de los países occidentales, la mayor parte de las personas diagnosticadas de infección por el VIH realizan seguimiento y tratamiento en los hospitales de especialidades y regionales, aunque no siempre es así, dependiendo de la prevalencia de la infección en la zona geográfica de referencia, como es el caso de los hospitales de Poniente de Almería y Costa del Sol en Marbella. Existen en todas las provincias, con un total de 18 unidades de enfermedades infecciosas con la siguiente distribución:

Unidades de Enfermedades Infecciosas en hospitales del SAS

Provincia	Hospital
Almería	Torrecárdenas
	Poniente
Cádiz	Puerta del Mar
	Puerto Real
	Jerez
	Punta de Europa
Córdoba	Reina Sofía
Granada	San Cecilio
	Virgen de las Nieves
Huelva	Juan Ramón Jiménez
	Infanta Elena
Jaén	C.H. Jaén
Málaga	Regional de Málaga
	Virgen de la Victoria
	Costa del Sol
Sevilla	H. V. Rocío
	H. V. Macarena
	H. V. Valme

SEGUIMIENTO EN LOS HOSPITALES DEL SSPA

Seguimiento en las consultas hospitalarias del SSPA

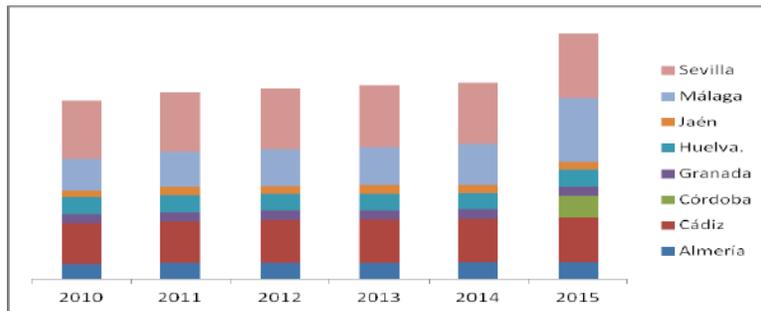
Combinando diferentes fuentes de información (encuesta a las Unidades de Enfermedades Infecciosas -UEI- en hospitales del SSPA y Subdirección de Farmacia del SAS), se puede afirmar que el número de personas con infección VIH en seguimiento en los hospitales del SSPA es de alrededor de 18.000.

Para conocer el número de personas con infección VIH en seguimiento en las consultas externas, el número de ellas que reciben TAR y cuantas se encuentran con carga viral indetectable, definida como aquella que tiene una replicación viral por debajo de 50 copias y que se equipara con la capacidad de transmisión de la infección, se ha realizado una encuesta a las UEI de los hospitales del SSPA, para el periodo 2010-2015.

Se ha obtenido respuesta de 22 hospitales (80%), casi todos los hospitales regionales y de especialidades, aunque el hospital Reina Sofía de Córdoba y Virgen de la Victoria de Málaga solo han aportado los datos del año 2015. Entre los hospitales comarcales atienden pacientes con infección por VIH, Poniente de Almería, La Línea, San Agustín de Linares, Alto Guadalquivir (Andújar), Antequera, Serranía de Ronda y Osuna, aunque con un porcentaje pequeño de personas en seguimiento (8,8% en 2015). Desde el año 2010, las personas en seguimiento por provincias son las siguientes:

Número de pacientes VIH en seguimiento según datos de las UEI del SSPA por provincias 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Almería	996	1.062	1.064	1.085	1.103	1.118
Cádiz	2.698	2.778	2.848	2.843	2.873	2.960
Córdoba	sd	sd	sd	sd	sd	1.460
Granada	592	591	602	614	620	593
Huelva.	1.134	1.142	1.134	1.131	1.118	1.111
Jaén	415	519	533	557	553	524
Málaga	2.129	2.340	2.424	2.512	2.637	4.196
Sevilla	3.860	3.925	4.002	4.079	4.110	4.274
Andalucía	11.824	12.357	12.607	12.821	13.014	16.236



Existe una tendencia ascendente del número de personas en seguimiento, generalizado en la mayoría de las provincias, salvo en Granada, Huelva y Jaén, donde se mantiene estable o disminuye ligeramente. En 2015, el mayor número de personas en seguimiento se da en los hospitales de la provincia de Sevilla (26,3%), seguido de la provincia de Málaga (25,8%) y Cádiz (18,2%), abarcando alrededor del 70% de todos los casos de personas con infección VIH en seguimiento. En la provincia de Córdoba, del Hospital Reina Sofía, que realiza el seguimiento de todas las personas afectadas en esa provincia, solo disponemos de datos de 2015, como en el caso del hospital Virgen de la Victoria, de Málaga. No existe información de las características demográficas, sociales y clínicas de las personas en seguimiento. La información disponible por hospitales:

Número de pacientes VIH en seguimiento según datos de los UEI del SSPA 2010-2015

CENTRO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
H Torrecárdenas	584	627	643	657	676	674
H de Poniente	412	435	421	428	427	444
H Puerta del Mar	627	651	670	671	658	666
H de Puerto Real	641	638	648	652	684	697
H de Jerez	592	614	635	618	608	673
H Punta de Europa	518	530	540	545	555	556
H de La Línea	320	345	355	357	368	368
H Reina Sofía	-	-	-	-	-	1.460
C.H. U. de Granada	592	591	602	614	620	593
C.U.H. de Huelva	1.134	1.142	1.134	1.131	1.118	1.111
CH Ciudad de Jaén	307	311	320	321	333	335
HI San Agustín (Linares)	0	110	118	144	132	110
H Alto Guadalquivir (Andújar)	108	98	95	92	88	79
H Regional de Málaga	1.482	1.647	1.660	1.665	1.734	1.733
H Virgen de la Victoria	-	-	-	-	-	1.282
AGS Norte de Málaga	50	54	57	62	66	70
AGS Este de Málaga-Axarquía	0	0	0	0	0	206
AGS Serranía de Málaga	53	39	38	33	36	38
Agencia Sanitaria Costa del Sol	544	600	669	752	801	867
H Virgen del Rocío	2.246	2.279	2.317	2.343	2.353	2.445
H Virgen Macarena	882	910	925	956	965	1.020
H de Valme	648	653	679	696	705	729
AGS Este de Sevilla-Osuna	84	83	81	84	87	80

Esta información coincide bastante con la aportada por la Subdirección de Farmacia a partir de la información dada por las UGC de los hospitales del SAS sobre el número medio de pacientes diferentes que han sido atendidos durante el año en consultas de atención farmacéutica. Los datos por provincia y por hospitales:

Número de pacientes VIH en seguimiento según datos de la Subdirección de Farmacia del SAS por provincias 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Almería	819	832	913	957	1.008	1.098	1.166
Cádiz	2.621	2.645	2.967	3.057	3.168	3.261	3.279
Córdoba	1.136	1.072	1.333	1.357	1.377	1.380	1.396
Granada	1.310	1.361	1.374	1.548	1.632	1.745	2.085
Huelva.	883	825	1.015	1.076	1.089	1.147	1.061
Jaén	547	526	587	627	639	635	655
Málaga	3.100	3.114	3.542	3.826	3.903	4.210	4.522
Sevilla	3.415	3.303	3.769	3.902	4.067	4.267	4.328
Andalucía	13.831	13.678	15.500	16.350	16.883	17.743	18.492

Número de pacientes VIH en seguimiento según datos de la Subdirección de Farmacia del SAS por centro hospitalario 2010-2016

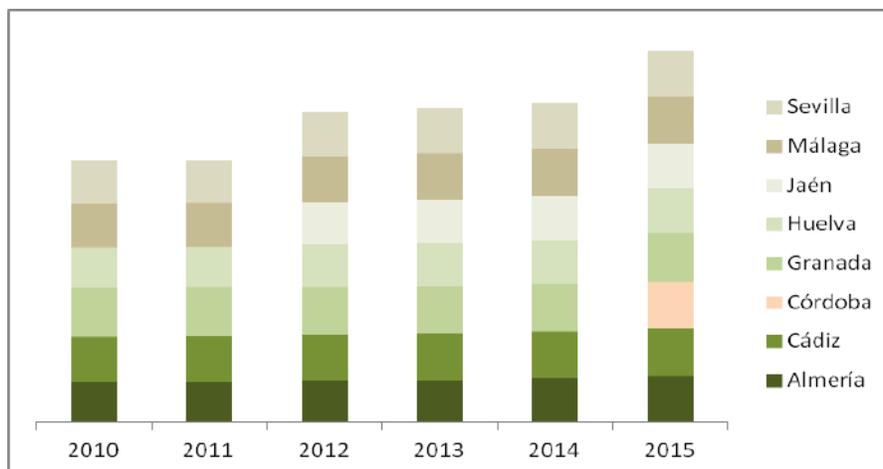
CENTRO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
H Torrecárdenas	502	479	541	572	609	654	693
AGS Norte de Almería				2	6	11	13
H de Poniente	317	353	372	383	393	433	460
H Puerta del Mar	625	617	682	702	674	734	745
H de Puerto Real	535	637	726	750	769	792	808
H de Jerez	610	593	652	669	743	769	776
AGS Campo de Gibraltar	851	798	907	936	982	966	950
H Reina Sofía	1.086	1.012	1.242	1.241	1.245	1.248	1.263
AGS Sur de Córdoba	32	41	59	75	90	95	100
AGS Norte de Córdoba	18	19	32	41	42	37	33
H. Virgen de las Nieves	638	681	610	742	805	855	1.048
H. San Cecilio	515	487	555	579	589	624	766
H. Baza	46	38	40	50	50	46	51
AGS Sur de Granada	111	155	169	177	188	220	220
H. Juan Ramón Jiménez	645	604	592	508	471	478	403
H. Infanta Elena	232	215	413	559	607	658	645
AGS Norte de Huelva	6	6	10	9	11	11	13
CH Ciudad de Jaén	265	263	289	289	315	320	336
H San Agustín (Linares)	112	101	116	138	130	133	135
H San Juan de la Cruz (Úbeda)	94	87	99	114	109	105	108
H Alto Guadalquivir (Andújar)	76	75	83	86	85	77	76
H Regional de Málaga	1.436	1.410	1.575	1.633	1.586	1.707	1.845
H Virgen de la Victoria	944	943	1.103	1.185	1.238	1.337	1.416
AGS Norte de Málaga	53	51	56	65	70	71	72
AGS Este de Málaga-Axarquía	149	145	172	188	193	215	231
AGS Serranía de Málaga	48	45	43	47	40	50	60
Agencia Sanitaria Costa del Sol	470	520	593	708	776	830	898
H Virgen del Rocío	1.892	1.768	2.115	2.187	2.285	2.423	2.481
H Virgen Macarena	802	849	925	961	976	1.050	1.083
H de Valme	641	607	650	665	716	707	674
AGS Este de Sevilla-Osuna	80	79	79	89	90	87	90

Según la información obtenida de la encuesta realizada a las UEI de los centros hospitalarios del SSPA, en Andalucía, la tendencia del porcentaje de pacientes en seguimiento que

reciben TAR en el periodo 2010-2015 es también ascendente, desde el 87,5% en 2010 hasta el 95,8% en el año 2015. En 2015, todas las provincias superan la recomendación de ONUSIDA de tratar a más del 90% de las personas con infección VIH y además es importante destacar que las diferencias entre provincias no son relevantes (rango desde el 91,5% en Huelva hasta el 99,7% en Granada), manifestándose de esta manera la homogeneidad de la atención sanitaria en los hospitales del SSPA.

Número de pacientes VIH en seguimiento y TAR según datos de las UEI del SSPA por provincias 2010-2015

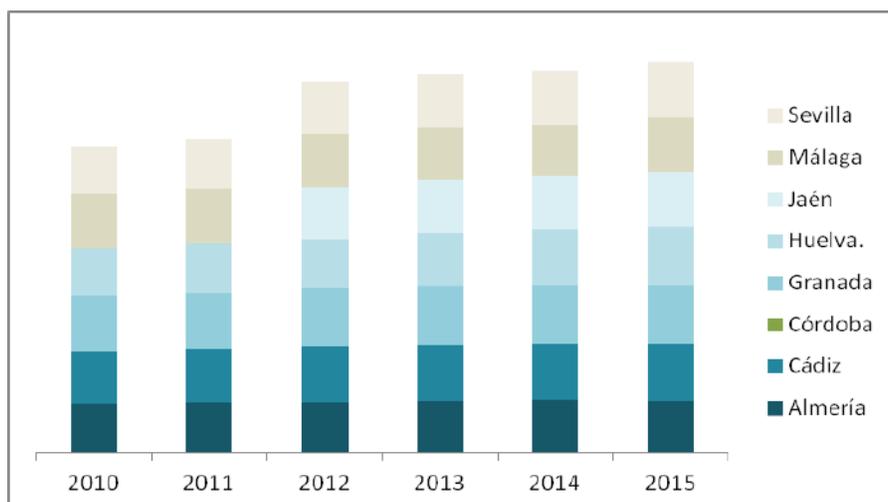
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Almería	82,6	82,7	86,3	87,6	90,4	96,1
Cádiz	95,0	95,6	95,4	96,4	97,0	96,8
Córdoba	sd	sd	sd	sd	sd	97,9
Granada	99,5	99,8	98,3	97,9	98,7	99,7
Huelva	83,2	84,5	86,2	86,5	88,4	91,5
Jaén	sd	sd	88,9	89,6	92,2	92,0
Málaga	90,4	89,4	91,9	96,0	96,3	96,9
Sevilla	89,7	88,4	93,1	94,1	95,9	95,2
Andalucía	87,5	87,2	91,9	93,1	95,9	95,8



De igual manera, la evolución de la carga viral indetectable en Andalucía es favorable en el mismo periodo 2010-2015, pasando del 85,3% en 2010 al 94% en 2015. Esta evolución favorable se da en todas las provincias salvo Almería en el año 2015, que disminuye en relación a 2014. En esta situación las diferencias de los porcentajes entre provincias también son pequeñas, como en el caso del porcentaje de pacientes tratados. Además Almería es la única provincia que no alcanzan el 90% de pacientes en TAR con carga viral indetectable. Y no se dispone de este dato para la provincia de Córdoba.

Número de pacientes VIH en seguimiento, en TAR y CVI según datos de las UEI del SSPA por provincias 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Almería	83,6	84,9	85,9	88,1	89,3	88,0
Cádiz	87,9	90,6	94,3	93,9	95,3	96,1
Córdoba	sd	sd	sd	sd	sd	sd
Granada	92,7	94,6	97,1	98,7	98,0	99,7
Huelva.	80,7	83,1	82,5	90,1	94,7	96,9
Jaén	sd	sd	87,1	89,7	89,7	93,3
Málaga	91,9	92,3	90,9	88,6	84,7	91,4
Sevilla	80,4	84,0	87,8	89,7	92,6	92,6
Andalucía	85,3	87,9	87,7	88,8	89,5	94,0



ENCUESTA DE PREVALENCIA DE PERSONAS CON INFECCIÓN POR VIH

La encuesta de prevalencia de personas con infección por el VIH la realiza la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) en coordinación con las UEI de los hospitales del SSPA. Constituye una de las principales fuentes de información para caracterizar clínica y socio-demográficamente a las personas diagnosticadas de infección VIH/sida atendidas en los hospitales del SSPA. Las encuestas se realizan de manera periódica desde 1992, con la colaboración de las unidades de VIH/sida y de otras áreas hospitalarias que atienden a estos pacientes. Han participado 18.094 personas, 986 pacientes lo han hecho en la última encuesta realizada en 2016.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal realizado en un día prefijado realizado en pacientes con diagnóstico de VIH en contacto con el SSPA, en el ámbito de los hospitales que participan de manera voluntaria. En 2016, han participado 16 hospitales con la siguiente distribución provincial:

Hospitales participantes en la encuesta de prevalencia de personas con infección VIH 2016. SAEI

Almería	Torrecárdenas Poniente
Cádiz	Puerta del Mar Puerto Real Jerez
Córdoba	Reina Sofía
Granada	Virgen de las Nieves San Cecilio
Huelva	CH Huelva
Jaén	CH Jaén San Juan de la Cruz (Úbeda)
Málaga	Virgen de la Victoria Costa del Sol
Sevilla	Virgen del Rocío Virgen Macarena Virgen de Valme

En relación a las características socio-demográficas, la mayoría de las personas participantes son hombres (79,6%), con una mediana de edad considerable, de 48 años ($\pm 10,1$), un

elevado porcentaje de ellos con estudios primarios (39%) y en paro (46,1%), el 8,9% son extranjeros, principalmente procedentes de países subsaharianos y de Latinoamérica. Es importante prestar atención a la edad de las personas con infección por VIH porque se observa un aumento de enfermedades crónicas como en el resto de la población.

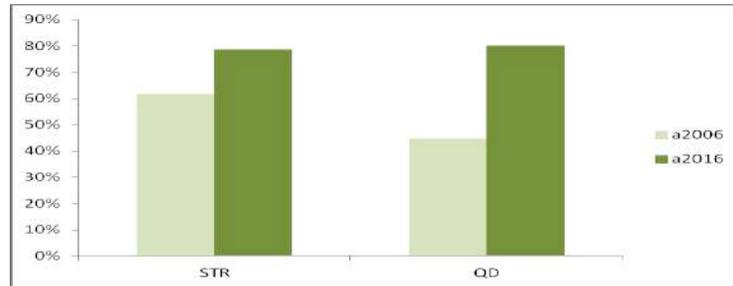
El 1,3% de estas personas ejercen la prostitución y el 0,7% se encuentran en prisión. En el 12,7% el diagnóstico se ha realizado por el médico o médica de familia de AP. La categoría de transmisión ha cambiado desde los primeros años a la actualidad; pasando de las personas UDIs (mas del 80% en los inicios a alrededor del 10% en 2016) a los HSH (de alrededor del 5% hasta mas del 60% en 2016).

Clínicamente, el 12,3% han tenido una ITS en el último año, que sube al 20% en HSH y de ellas el 64% es una sífilis, el 60% eran susceptibles de vacunación contra el virus de hepatitis B (VHB) y solo estaban vacunados la mitad. La coinfección por virus de hepatitis C (VHC) sigue siendo muy prevalente (40,6% en 2016 frente al 54,6% en 2004), con un 11% con cirrosis hepática, de ellos mas del 60% ha recibido tratamiento con antivirales de acción directa (AAD).

En relación a otras enfermedades, destaca el aumento de personas con factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares, así entre las encuestas de 2010 y 2016, ha aumentado el porcentaje de personas con infección por VIH y diabetes o hiperglucemia (9,4 versus 12%), hipertensión arterial (8,7 versus 17,2%), cardiopatía isquémica (1,9 versus 3,1%) e ictus (0,9 versus 1,5%).

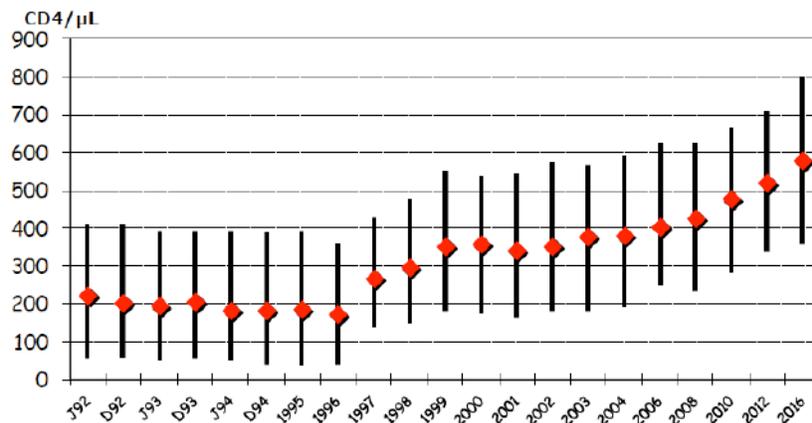
El 95% de los pacientes están recibiendo TAR, la mayoría con regímenes basados en pautas de fácil posología y un alto porcentaje de pautas QD (una sola vez al día) y STR (combinaciones fijas en una sola pastilla):

Evolución del porcentaje de pacientes con régimen simplificado de tratamiento 2006-2016. SAEI



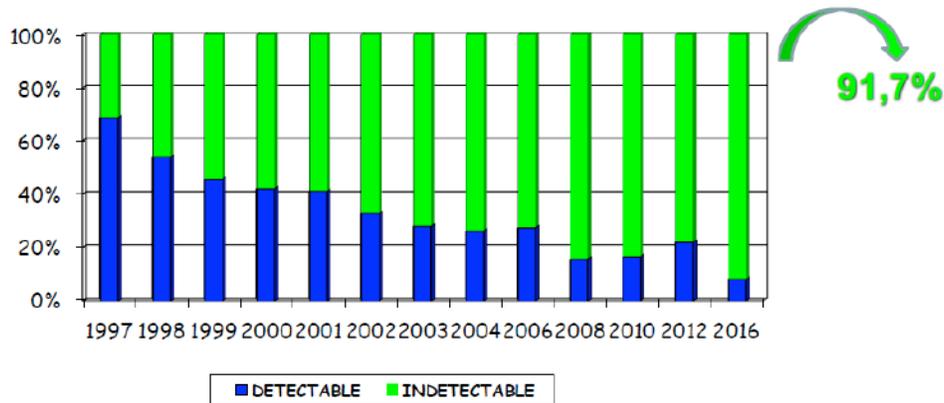
En cuanto a la características inmuno-virológicas, la mediana de linfocitos CD4⁺ es de 576/ μ L (\pm 352), están en TAR el 95% y el 91,1% de ellos tienen CV indetectable. Es importante destacar la evolución de la mediana de linfocitos CD4⁺ a lo largo de las sucesivas encuestas, pasando de menos de 200/ μ L a mediados de la década de los 90, hasta las 350 alrededor del año 2000 y desde entonces se produce un incremento constante.

Mediana de CD4/ μ L 1992-2016. SAEI



Lo mismo ocurre con la CV indetectable, con porcentajes alrededor del 30% a finales de los 90 y un aumento también constante hasta 2016 (91,1%).

Evolución del porcentaje de pacientes con CV-VIH indetectable y que realizan TAR 1997-2016. SAEI



De los casos encuestados de nuevos diagnósticos realizados en 2015 (62 casos), la mayoría son hombres (95,2%), el 64,5% son HSH, el 17,7% heterosexuales y el 9,7% UDIs. El 37,1% presentan diagnóstico tardío, aunque esta cifra puede ser mayor ya que no se trata de la primera determinación de linfocitos CD4⁺ tras el diagnóstico. El porcentaje de diagnóstico simultáneo de VIH y sida (en el mismo año) es del 19,4% (la cifra mas baja después de la encuesta de 2012, que fue del 14% aproximadamente). Estas personas presentan diferencias en relación al total de encuestados:

Diferencias en las características del total de pacientes en relación a los pacientes con nuevo diagnóstico. Encuesta 2016. SAEI

	Total encuestados 2016	Nuevos diagnósticos 2015
Edad media, años (mediana ±DE)	48 (±10,1)	36 (±13,7)
Hombres	79,6%	95,2%
Estudios Medios-superiores	33,4%	58,1%
Trabajan	53,9%	75,8%
Extranjeros	8,9%	14,5%
Diagnóstico en A. Primaria	12,7%	24,2%

COSTE DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Desde hace ya varios años la recomendación de instituciones y organismos internacionales y nacionales (documento de consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos con infección VIH) es tratar con fármacos antirretrovirales desde el momento del diagnóstico con dos objetivos fundamentales; evitar

la evolución de la infección a la fase de sida e impedir la transmisión a otras personas. Ya hemos visto en tablas anteriores que esta recomendación se sigue en todas las provincias de Andalucía, con más del 90% de las personas con infección VIH conocidas y en seguimiento tratadas (95,8% en 2015) y, de ellas, también más del 90% con carga viral indetectable (94% en 2015).

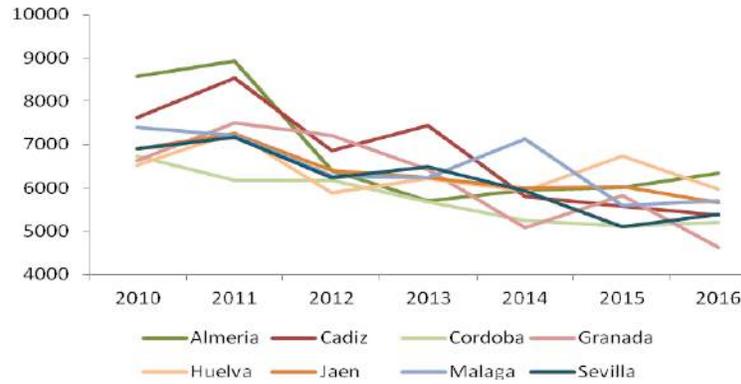
Desde que se conoce la infección por VIH, la evolución del tratamiento antirretroviral (TAR) ha sido muy favorable para las personas afectadas, porque se ha simplificado de manera extraordinaria y también ha disminuido de manera espectacular los efectos adversos de las primeras combinaciones de fármacos. Por otro lado, el coste del TAR por paciente y año es elevado, aunque ha disminuido en los últimos años, debido sobre todo a la disminución del precio de los mismos y a la simplificación de los tratamientos.

Aunque no existe un sistema de información homogéneo en las UGC de Farmacia de los hospitales, según datos de la Subdirección de Farmacia del SAS, la evolución de coste por paciente y año en euros del TAR de 2010 a 2016 por provincias es el siguiente:

Gasto por paciente y año (en euros) por provincias 2010-2016. Subdirección de Farmacia. SAS

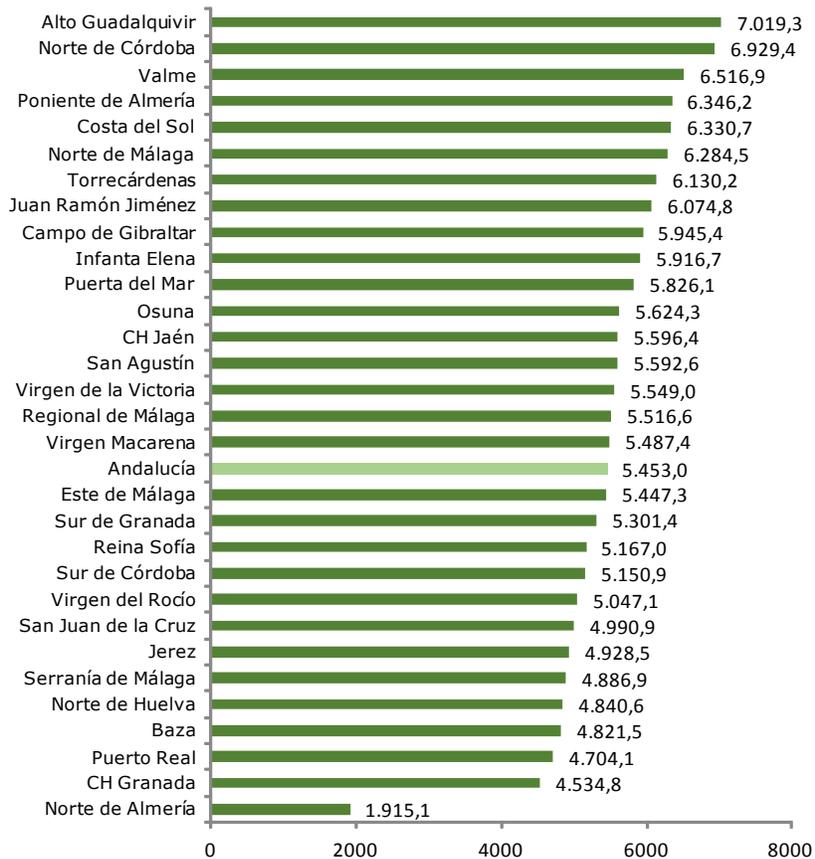
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Almería	8.568,5	8.927,1	6.408,4	5.693,4	5.944,1	6.009,3	6.346,2
Cádiz	7.615,2	8.533,8	6.865,6	7.441,0	5.811,8	5.581,3	5.371,7
Córdoba	6.727,3	6.172,0	6.172,0	5.680,3	5.238,6	5.112,4	5.207,5
Granada	6.629,6	7.499,6	7.207,4	6.418,6	5.086,3	5.814,4	4.622,8
Huelva	6.523,1	7.265,6	5.889,7	6.211,2	5.916,7	6.742,0	5.963,6
Jaén	6.907,7	7.245,8	6.392,8	6.236,0	5.984,2	6.023,0	5.660,9
Málaga	7.393,7	7.207,7	6.283,5	6.231,7	7.121,0	5.602,6	5.688,7
Sevilla	6.894,1	7.177,1	6.232,9	6.490,5	5.936,1	5.098,4	5.398,2
Andalucía	7.165,5	7.614,3	6.448,2	6.490,0	5.998,4	5.747,9	5.453,0

Evaluación del Plan Andaluz frente al VIH/Sida y otras ITS



Resaltar que existe una gran variabilidad en el coste por paciente y año entre las provincias, desde los 4.622,8 euros de la provincia de Granada hasta los 6.346,2 euros de Almería en el año 2016. También existe una gran variabilidad entre los centros hospitalarios, como vemos en el siguiente gráfico:

Coste/paciente por centro sanitario. Año 2016

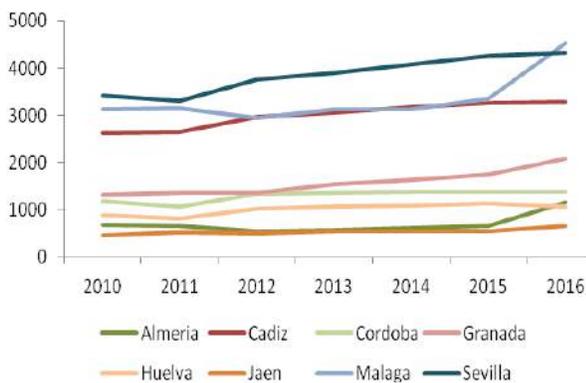


El coste total en Andalucía ha disminuido hasta el año 2015 a pesar del importante incremento del número de pacientes en seguimiento, en 2016 se ha producido un aumento del gasto total en relación al año 2015, coincidente con un incremento en algunas provincias (Almería, Málaga y Sevilla) en el número de pacientes en seguimiento.

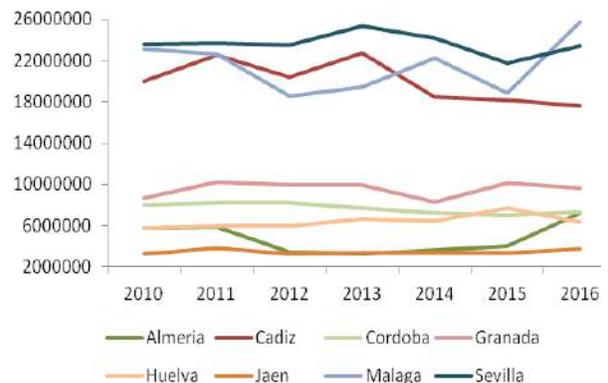
Gasto total anual (en euros) por provincias 2010-2016. Subdirección de Farmacia. SAS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Almería	5.792.291	5.856.204	3.466.965	3.267.999	3.655.650	3.996.208	7.192.377
Cádiz	19.959.509	22.571.931	20.370.373	22.747.264	18.411.717	18.200.547	17.613.968
Córdoba	8.012.234	8.227.284	8.227.284	7.708.201	7.213.564	7.055.084	7.269.687
Granada	8.684.825	10.206.982	9.902.904	9.935.987	8.300.843	10.146.148	9.638.426
Huelva	5.759.868	5.994.120	5.978.080	6.683.206	6.443.304	7.733.051	6.327.378
Jaén	3.253.525	3.811.290	3.221.952	3.373.671	3.315.261	3.360.851	3.707.896
Málaga	23.060.935	22.625.098	18.529.934	19.430.366	22.267.253	18.807.754	25.724.513
Sevilla	23.543.309	23.706.072	23.491.639	25.325.858	24.160.076	21.754.720	23.363.308
Andalucía	98.066.496	102.998.981	93.189.131	98.472.556	93.767.668	91.054.362	100.837.553

Evolución del número de pacientes en seguimiento por provincias 2010-2016



Evolución del gasto total por provincias 2010-2016



INGRESOS HOSPITALARIOS

Según datos de CMBD, el número de altas y pacientes con ingresos hospitalarios ha ido disminuyendo durante el periodo 2010-2015 en ambos sexos, en todas las edades y en todas las provincias (a excepción del número de mujeres en la provincia de Jaén, pero el número es muy pequeño, lo que no permite hacer inferencias).

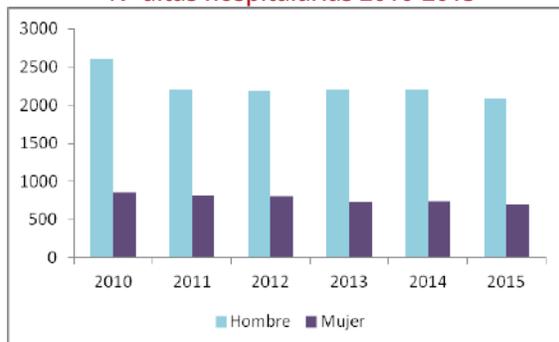
Número de altas hospitalarias 2010-2015. CMBD. SAS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hombre	2.599	2.209	2.178	2.202	2.208	2.088
Mujer	854	814	803	725	740	701
Total	3.453	3.023	2.981	2.927	2.948	2.789

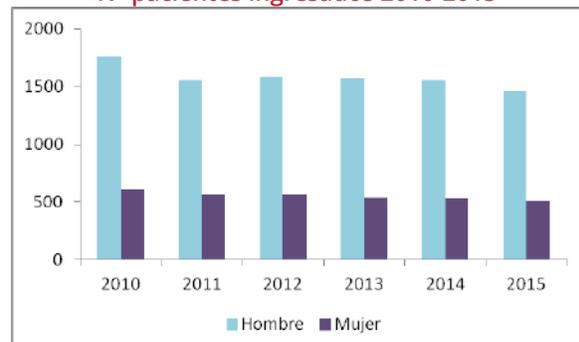
Número de pacientes ingresados 2010-2015. CMBD. SAS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Hombre	1.757	1.558	1.588	1.573	1.558	1.460
Mujer	610	573	572	538	532	504
Total	2.367	2.131	2.160	2.111	2.090	1.964

Nº altas hospitalarias 2010-2015



Nº pacientes ingresados 2010-2015



Criterios de búsqueda: Cualquier campo diagnóstico con código de SIDA (042) o de infección asintomática de VIH (V08)

e) Formación e investigación

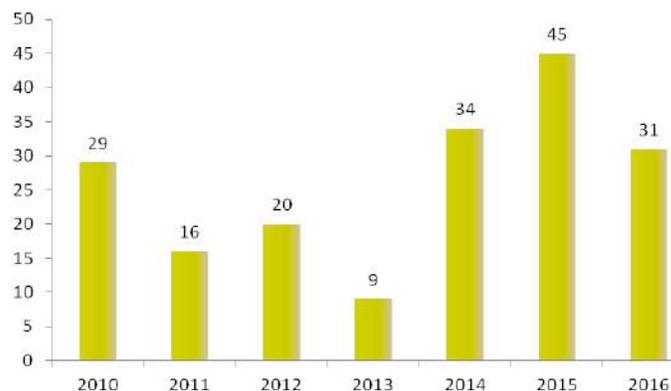
FORMACIÓN

Se detecta como un área de mejora fundamental. Desde el año 2010 se han realizado 108 actividades formativas acreditadas, con un total de 184 ediciones y una gran heterogeneidad en relación a numerosos **elementos**:

- Número de horas de la actividad formativa, con un rango entre 1 y 100 horas.
- Tipo y modalidad de la formación, desde sesiones clínicas hasta cursos presenciales del abordaje enfermero de las personas con esta infección o alguno de metodología de la investigación en la infección por VIH.
- Profesionales a los que va dirigido. Destaca de manera importante los cursos de cuidados y atención dirigidos a profesionales de enfermería, pero también a profesionales de farmacia, de medicina, fisioterapia,...
- Promotor de la formación. En 81 (75%) de las actividades ha sido el propio hospital el que ha promovido la formación y en el resto han sido asociaciones y sociedades científicas. Ninguna de las actividades acreditadas se han desarrollado en AP.
- Número de actividades formativas en función de la provincia, desde 37 en Sevilla hasta 0 en Huelva.

La distribución del volumen de acciones formativas en los años 2010-2016 es:

Número de ediciones de formación. Años 2010-2016



Se han realizado algunas **otras actividades de formación** organizadas desde el PASIDA:

- Curso sobre “Diagnóstico precoz y profilaxis post-exposición de la infección por el VIH”, para médicos y médicas de Atención Primaria, realizado con la Escuela Andaluza de Salud Pública desde octubre a diciembre de 2014.
- Manual para profesionales de Atención Primaria acerca del manejo básico de las ITS, en 2011.
- Participación en las 4 ediciones que se han desarrollado del curso de Formación para Formar en Salud Sexual y Reproductiva de la Red de Salud Sexual y Reproductiva, en aspectos epidemiológicos, clínicos y sociológicos de la infección por el VIH y otras ITS.
- Curso “Diagnóstico Precoz y continuidad asistencial de la infección por el VIH en Atención Primaria”, realizado en 2016 por el PASIDA y la Fundación Progreso y Salud (IAVANTE) en el marco del convenio de colaboración de determinadas empresas farmacéuticas y el SAS. Se han inscrito 456 profesionales médicos, de los cuales accedieron 367 (80,4%) y finalizaron 315(69% de los inscritos y 85,8 de los que iniciaron). La calificación del curso ha sido muy elevada (9,4 sobre 10).

INVESTIGACIÓN

Grupos e investigadores en institutos y centros de investigación

En 2016, en los institutos de investigación del SSPA, hay 10 grupos registrados en Investiga+ que tienen alguna línea de investigación relacionada con el VIH. Estos grupos están compuestos por 133 investigadores y suponen un 3,5% sobre el total de los 286 grupos dados de alta en centros e institutos. En la siguiente tabla se muestra el detalle de los grupos de investigación:

Distribución de los grupos de investigación en VIH en institutos de investigación

Centro	Nombre del grupo
IBIS. Instituto Investigación Biomédica Sevilla	Infección por el VIH y farmacocinética de antivirales
	Inmunovirología
	Estudio de enfermedades infecciosas y quimioterapia
IMIBIC. Instituto Maimónides Investigación Biomédica Córdoba	Inmunología y alergia
	Enfermedades infecciosas
	Inflamación y cáncer
IBS.GRANADA Instituto Investigación Biosanitaria Granada	Resistencias a antiretrovirales: implicaciones virológicas, epidemiológicas y clínicas
	Enfermedades infecciosas, VIH, hepatitis, infecciones osteoarticulares
IBIMA. Instituto Investigación Biomédica Málaga	Investigación clínica en infección VIH, infección endovascular y bacteriemias
	Grupo para el estudio de las enfermedades infecciosas

Como se observa en la tabla anterior la investigación en VIH se reparte por toda Andalucía, existiendo grupos en todos los institutos de investigación del SSPA. Además de los grupos en institutos, existen otros grupos en hospitales donde también realizan una labor investigadora relevante. Cinco son los grupos andaluces que participan en la RETIC sobre SIDA (RIS) en los hospitales San Cecilio, Virgen del Rocío, Valme, Reina Sofía y Virgen de la Victoria.

El objetivo de la RIS es garantizar un elevado nivel de calidad de la investigación del VIH/SIDA e incentivar la mejora continua de los resultados en el Sistema Nacional de Salud, a través de la cooperación de grupos de calidad de diferentes instituciones.

Actividad de I+i en VIH

- Proyectos y convenios de I+i. En el periodo 2010-2016 se han concedido 87 ayudas (proyectos de investigación -PI-, RETICS, acciones complementarias -AACC- y estructuras estables) de I+i relacionadas con el VIH, lo que ha supuesto una captación superior a los 5,5 millones de euros: 65 ayudas a proyectos de investigación, 14 acciones complementarias, 6 RETICS y 2 estructuras estables.

Ayudas (en euros) a proyectos y convenios de I+i 2010-2016

Subtipo	2010 (€)	2011 (€)	2012 (€)	2013 (€)	2014 (€)	2015 (€)	2016 (€)	TOTAL (€)
PI	191.022	603.277	800.745	604.866	108.875	603.679	560.727	3.473.191
RETICS	255.625		340.825				661.000	1.257.450
AACC	8.800	16.200	314.978	60.000	32.000	27.000		458.978
Estruc.est.							389.125	389.125
TOTAL	455.447	619.477	1.456.548	664.866	140.875	630.679	1.610.852	5.578.744

Los centros con mayor volumen de financiación captada se concentran en Sevilla: hospital Virgen del Rocío-IBIS con 2,18 millones de euros, hospital de Valme con 1,27, hospital San Cecilio con 0,6 y hospital Reina Sofía-IMIBIC con 0,57.

Si analizamos los financiadores, podemos observar que los fondos son sobre todo de ámbito nacional, con un 72% de la financiación, seguidos de los fondos regionales, con un 26%. La agencia financiadora más importante es el Instituto de Salud Carlos III, que supone por sí mismo un 57% (3,2 millones de euros) del volumen de los financiadores, seguido por la CS/SAS/FPS con un 16% (0,9 millones de euros).

Por otra parte, la IATA ha recibido por parte de la Consejería de Salud en 2016 un total de 185.285€ para la investigación con células mesenquimales troncales alogénicas de tejido adiposo en pacientes con infección por el VIH y respuesta inmunológica discordante.

- Estudios clínicos. De 2010 a 2016 se han iniciado 72 estudios clínicos, la mitad son ensayos clínicos y la otra mitad estudios observacionales.

Tipo de estudios clínicos 2010-2016

Subtipo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Ensayo clínico comercial	4	2	5	2	1	4	3	21
Ensayo clínico independiente	2	3	3	4	1	1	1	15
Estudios observacionales	3	10	7	2	6	3	5	36
Total	9	15	15	8	8	8	9	72

De los 36 ensayos clínicos, un 31% se encuentran en fases tempranas (4% fase I, 27% fase II), porcentaje que se encuentra en la media general de Andalucía (31%). Muchos de los estudios clínicos son multicéntricos, con 132 participaciones. Los centros que más participan en este tipo de estudios clínicos son los siguientes:

Centros participantes en los estudios clínicos 2010-2016

Centro	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
H. Reina Sofía	4	4	6	2	1	2	4	23
H. Virgen del Rocío	3	2	4	5	3	1	3	21
H. Virgen de la Victoria	1	5	3	3	1	2	2	17
H. Regional de Málaga	4	1	2	3	3		2	15
H. de Valme	1	5	1	2	1	3	2	15

Las temáticas de estos proyectos en torno al VIH son muy variadas; desde el estudio en pacientes con coinfección por hepatitis virales y VIH hasta el tratamiento con células mesenquimales.

Generación de conocimiento en VIH

Entre 2010-2016 se han publicado más de 650 publicaciones relacionadas con el VIH en revistas indexadas en los Journal Citation Reports (JCR). Un 32% de dichas publicaciones se encuentran en el Q1 y un 18% en el D1.

Publicaciones sobre VIH 2010-2016

Cuartil/Decil	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Cuartil 1	15	30	37	37	33	30	29	211
<i>Decil 1</i>	7	17	23	22	16	16	20	121
Cuartil 2	14	10	22	14	14	26	26	126
Cuartil 3	48	30	45	6	24	24	51	228
Cuartil 4	8	8	4	28	8	8	28	92
Total	85	78	108	85	79	88	134	657

Fuente: IMPACTIA

La revista donde más publican los profesionales andaluces es “Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica”, aunque también lo hacen en otras como “AIDS Research And Human Retroviruses”, “Plos One” o “Journal Of Antimicrobial Chemotherapy”, hasta en un total de 100 revistas de investigación distintas.

Resultados de la I+i en VIH

Transferencia de tecnología. De 2010 a 2016, se han solicitado 3 registros de propiedad industrial o intelectual en el SSPA relacionadas con el VIH. En ese mismo periodo, se han firmado 4 acuerdos de colaboración con empresas, por un importe cercano a los 180.000€.

Colaboraciones con empresas relacionadas con VIH 2010-2016

Título	Empresa	Importe	Año	Centro
Net innunovirological effect of maraviroc in patients with R5 or DM_X4 HIV-1 infection retrospective analysis of biological samples	Pfizer	127.500	2011	HUVR-IBIS
Protective effect of INDUS IND02 drug candidate on HIV-1 infected plasmacytoid dendritic cells	Indus Biotech	18.657	2012	HUVR-IBIS
Programa academia VIH y coinfección	BMS	20.000	2013	HURS- IMIBIC
Evaluación de la hepatopatía crónica por VHC en pacientes con infección por VIH	ABBIE	12.000	2015	HURS- IMIBIC

Fuente: FPS-OTT

f. Evaluación cualitativa del plan andaluz frente a la infección vih/ sida y otras its 2010-2015

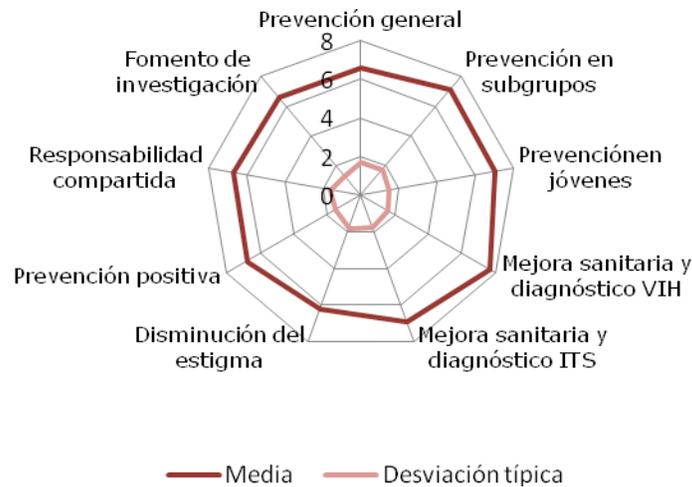
En abril de 2016, se desarrolló una encuesta online dirigida a algunos informantes clave, con una muestra no representativa, ya que el objetivo es la recogida de propuestas de mejora y valoraciones de calidad y no el conocimiento estadístico de la realidad.

Se enviaron 161 encuestas, de las que se obtuvieron 88 respuestas (tasa de respuesta de 54,5%), que puede considerarse satisfactoria para un modo de administración online sin respaldo telefónico.

La mayoría de las personas consideran que es necesaria la existencia de PASIDA y hay una puntuación media de 7,2 sobre 10 en relación a la satisfacción del desarrollo del mismo, aunque la valoración media de cada una de las áreas es algo más baja que la otorgada al plan en general, salvo en los apartados de prevención en subgrupos específicos y jóvenes, y en el área de mejora sanitaria y diagnóstico temprano del VIH.

Satisfacción sobre el desarrollo de las líneas del PASIDA

	Media	Desviación típica
Prevención general	6,6	1,7
Prevención en subgrupos	7,1	1,7
Prevención en jóvenes	7,0	1,5
Mejora sanitaria y diagnóstico VIH	7,7	1,6
Mejora sanitaria y diagnóstico ITS	7,0	1,7
Disminución del estigma	6,3	1,8
Prevención positiva	6,8	1,5
Responsabilidad compartida	6,7	1,6
Fomento de investigación	6,6	1,3



- Las **propuestas de futuro** para el desarrollo de cada una de las líneas del plan planteadas por las personas participantes se resumen en:
 1. Realización de **campañas de promoción y prevención** mantenidas en el tiempo, con materiales atractivos, evitando mensajes erróneos, con información de calidad y comprensible, realizada a través de mass media, redes sociales, folletos y talleres, dirigidas a la población general y a colectivos específicos, entre los que se encuentran los HSH especialmente, pero también UDIs, personas recluidas en cárceles, personas en riesgo de exclusión,...
 2. La **promoción en el ámbito educativo** se revela como un espacio de especial importancia para las personas encuestadas. Se propone la inclusión de la educación sexual en las aulas con formación del profesorado y reforzando proyectos de promoción y prevención en los centros educativos de educación primaria, secundaria (Forma Joven) y en la universidad, fomentando la participación activa de las personas adolescentes y jóvenes.
 3. Mantenimiento de las **estrategias de reducción de riesgo**, haciendo accesibles los materiales para ello.
 4. Realización de **cambios en la organización sanitaria**, centrados de manera principal en la oferta rutinaria de la realización de la prueba en Atención Primaria para realizar un diagnóstico precoz tanto de la infección por el VIH como otras ITS; la oferta de realización de la prueba en otros espacios (oficinas de farmacias); la mejora de la accesibilidad, especialmente de determinados colectivos (por ejemplo, personas

inmigrantes) y en el medio rural; la coordinación entre diferentes profesionales y ámbitos asistenciales y la formación adecuada de los profesionales.

5. Establecimiento y ampliación de la coordinación y la participación de las **entidades y las asociaciones**, reforzando la realización de las pruebas de diagnóstico rápidas, la puesta en marcha común de las actividades del PASIDA y la dotación de recursos.
6. Elaboración de **campañas de sensibilización** para la disminución del estigma y la discriminación social, así como favorecer la prevención positiva y la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH, dirigida a la población general y a entornos específicos: profesionales sanitarios, ámbito educativo, medio laboral y social,...
7. **Trabajo en red con un enfoque intersectorial e intrasectorial**: Corporaciones locales (declaración de París), Observatorio Andaluz de Drogodependencia de la CISP; Consejería de Educación, Universidad, otros planes de salud.
8. **Adhesión a estrategias estatales, europeas e internacionales** que hayan demostrado efectividad en la promoción y la prevención.
9. **Desarrollo de líneas de investigación**, especialmente investigación planificada en el campo de la epidemiología que permita conocer el mapa y el seguimiento de casos, las rutas de infección y otros aspectos que contribuyan a establecer las políticas de atención integral a la infección por el VIH y otras ITS.
10. Realización de un plan de formación.

3. Conclusiones y áreas de mejora

1. La infección por el VIH es un importante problema de salud pública en Andalucía, similar al resto de España y a los países de Europa Occidental en términos de incidencia y prevalencia. La prevalencia aumenta por la mayor supervivencia de las personas con infección por VIH con acceso al tratamiento antirretroviral y la incidencia se mantiene estable en los últimos años tras un importante aumento.

Área de mejora: Disminuir la incidencia de nuevos diagnósticos de infección VIH.

2. Los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se producen principalmente por transmisión sexual, en hombres jóvenes y HSH. La mayoría son personas de origen español, aunque en la provincia de Almería existe un elevado porcentaje de nuevos diagnósticos en personas originarias de países de África. Además las provincias con un mayor número de casos son Málaga y Sevilla.

Área de mejora: Establecer programas de promoción y de prevención de la infección VIH y de otras ITS, dirigidos a toda la población y con acciones específicas a aquellos que más se pueden beneficiar; personas jóvenes, HSH de las provincias de Málaga y Sevilla y población inmigrante en la provincia de Almería.

3. El diagnóstico tardío de la infección representa un porcentaje muy elevado de los casos de nuevos diagnósticos. Esta información permite estimar que el porcentaje de infección por VIH no conocida es también elevado.

Área de mejora: Desarrollar acciones efectivas para aumentar el porcentaje de personas con infección VIH que desconocen su situación y el diagnóstico precoz.

4. El porcentaje de coinfección en el momento de la infección por VIH es asimismo alto, destacando la sífilis en los hombres y la hepatitis C en las mujeres.

Punto crítico y área de mejora: Establecer programas de promoción y de prevención de la infección VIH y de otras ITS, dirigidos a toda la población y con acciones específicas a aquellos que mas se pueden beneficiar; personas jóvenes, HSH de las provincias de Málaga y Sevilla y población inmigrante en la provincia de Almería.

5. Entre los casos notificados en SiVIhDA **existe un importante porcentaje de datos no registrados.**

Área de mejora: Promover intervenciones que consigan una mejora de la notificación en SiVIhDA por parte de todos los profesionales implicados.

6. **La tasa de casos de sida y de mortalidad por sida sigue experimentando un importante descenso.** La enfermedad definitoria de sida mas frecuente es la neumonía por pneumocistis jirovecii, seguida de la tuberculosis.

7. De manera paralela a la incidencia de infección por VIH, se produce un **incremento llamativo de otras ITS**, sobre todo sífilis, gonococia y clamidia, principalmente de localización genital. Estas infecciones también se producen de manera mayoritaria en hombres jóvenes, HSH, en personas españolas, y en las provincias de Sevilla y Málaga.
Área de mejora: Establecer programas de promoción y de prevención de la infección VIH y de otras ITS, dirigidos a toda la población y con acciones específicas a aquellos que mas se pueden beneficiar; personas jóvenes, HSH de las provincias de Málaga y Sevilla y población inmigrante en la provincia de Almería.

8. **El Centro de ITS de Sevilla representa un elevado porcentaje** de los casos notificados de ITS de la provincia de Sevilla y en el conjunto de Andalucía.

Área de mejora: Mantener y reorientar los centros de ITS existentes en Andalucía y promover intervenciones que consigan una mejora de la notificación en SiVIhDA por parte de todos los profesionales implicados.

9. Las medidas de prevención realizadas se han mostrado insuficientes para conseguir frenar las nuevas infecciones por VIH, sobre todo en HSH y claramente ineficientes para otras ITS.

Área de mejora: Establecer programas de promoción y reforzar y rediseñar las actividades de prevención de la infección VIH y de otras ITS, dirigidos a población general y con acciones específicas a aquellos que mas se pueden beneficiar; personas jóvenes, HSH de las provincias de Málaga y Sevilla y población inmigrante en la provincia de Almería.

10. El diagnóstico de la infección por VIH realizado en al ámbito comunitario representa un porcentaje no desdeñable de casos diagnosticados, aunque existe una importante variabilidad entre entidades y provincias.

Punto crítico y área de mejora: Potenciar los proyectos de diagnóstico precoz realizado a través de las asociaciones y entidades dirigidos a las poblaciones con un potencial mayor de contraer la infección por VIH y estableciendo sinergias con los centros sanitarios de la zona donde operen dichas asociaciones y entidades.

11. El diagnóstico en Atención Primaria se ha mostrado coste eficaz cuando se aplican las recomendaciones internacionales de la oferta rutinaria de realización de la prueba.

Área de mejora: Establecer un programa de oferta rutinaria de la prueba diagnóstica en aquellas áreas geográficas que cumplan los criterios para ello, principalmente una prevalencia de infección en la población del área $\geq 0,4\%$.

12. Las personas con infección por el VIH realizan seguimiento de la misma de forma casi exclusiva en las UEI de los hospitales del SSPA con una gran homogeneidad en cuanto al porcentaje de pacientes en TAR y con CVI. **No se conoce el número de personas**

con infección por el VIH que desconocen su situación, pero de las personas en seguimiento, más del 90% están recibiendo TAR y más del 90% están con CVI.

13. Los datos de la encuesta de prevalencia revelan que se está mejorando de forma muy importante la supervivencia y la calidad de vida de las personas con infección VIH, con un porcentaje elevado de personas de mayor edad, que comienzan a tener comorbilidades de otras enfermedades crónicas.

Área de mejora: Atender a las personas con otras enfermedades crónicas en personas con infección VIH en el marco de colaboración con otros planes de la Consejería de Salud y la implicación efectiva del ámbito de AP.

14. El coste del TAR por paciente y año es elevado, aunque ha disminuido en los últimos años, manteniéndose una importante variabilidad entre centros hospitalarios que no se relaciona con la eficacia del mismo en términos de CVI.

Área de mejora: Mantener la tendencia de disminución del gasto por paciente y año y homogeneizar los tratamientos en las UEI de los hospitales del SSPA.

15. La mayoría de las actividades de formación realizadas no se han elaborado en el marco del PASIDA, y las que se han ejecutado han sido muy variables.

Área de mejora: Realización de un plan de formación en el marco del PASIDA

16. La investigación en infección en Andalucía tiene grupos, proyectos y publicaciones de importante valor.

4. Bibliografía

- ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial 2013.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
- Global AIDS Update 2016.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
- El sida en cifras 2015. Día Mundial del Sida. ONUSIDA.
- Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43773/1/9789243563473_spa.pdf
- Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual para 2016–2021.
http://www.who.int/reproductivehealth/STI_strategy_abridged_es.pdf
Español <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>
- European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 2013. Stockholm: ECDC; 2015.
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-Europe-2013.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016.

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2015.pdf>

- ECDC SURVEILLANCE REPORT, Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2012. European Center of Disease Control 2015.
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/gonococcal-antimicrobial-susceptibility-surveillance-europe-2013.pdf>
- ECDC SURVEILLANCE REPORT, Annual epidemiological report Sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses 2014. European Center of Disease Control 2015.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Communication strategies for the prevention of HIV, STI and hepatitis among MSM in Europe. Stockholm: ECDC; 2016.
- Informe sobre Vigilancia Epidemiológica de VIH/ Sida en España, actualización a 30 de junio de 2015.
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2015.pdf
- Informe sobre Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2013, actualización mayo de 2015.
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Vigilancia_ITS_1995_2013_Web_CNE.pdf
- Informe de evaluación del plan multisectorial de VIH-Sida 2008- 2012.
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacion30Agosto2013.pdf>

- Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013–2016.
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf
- Plan Estratégico de prevención y control de VIH e ITS. Plan de Acción 2017. Plan Nacional Sobre el Sida S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Centro Nacional de Epidemiología. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2014. Madrid, 2016.
- Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2015.
- Informe VIH/Sida de Andalucía. Año 2015 Monografía Vol. 21 , Nº 6. Actualización 30 de junio de 2016. Consejería de Salud de Andalucía. Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral.
- Informe ITS, 2011-2016. Datos de RedAlerta a 10de marzo de 2017. Consejería de Salud de Andalucía. Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Servicio de Epidemiología y Salud Laboral.

- Recomendaciones sobre Profilaxis Pre-Exposición en adultos para la Prevención de la Infección por VIH en España. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre Sida, Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario, 2014.
- Grupo VIHAP. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. Implementación de la oferta rutinaria de la prueba diagnóstica del VIH en Atención Primaria.
- Goroll AH, Hunt DP. Bridging the Hospitalist-Primary Care Divide through Collaborative Care. *N Engl J Med* 372;4 nejm.org january 22, 2015.
- Serrano-Villar S, Gutiérrez F, Miralles C, Berenguer J, Rivero A, Martínez E, Moreno S. Human Immunodeficiency Virus as a Chronic Disease: Evaluation and Management of Nonacquired Immune Deficiency Syndrome-Defining Conditions. *Open Forum Infectious Diseases* <http://ofid.oxfordjournals.org/>
- Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2017) Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida
- Rivero A, Pérez-Molina JA, Blasco AJ, Arribas JR, Asensi V, Crespo M, Domingo P, Iribarren JA, Lázaro P, López-Aldeguer J, Lozano F, Martínez E, Moreno S, Palacios R, Pineda JA, Pulido F, Rubio R, Santos J, de la Torre J, Tuset M, Gatell JM. Costs and cost-efficacy analysis of the 2017 GESIDA/Spanish National AIDS Plan recommended guidelines for initial antirretroviral therapy in HIV-infected adults. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2017.04.002>