

p a v s a ★



* **programa** de prevención
y atención a las personas
afectadas por el
VIH-SIDA en Asturias



ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL
DE LA **INFECCIÓN POR VIH-SIDA EN ASTURIAS** 2003-2007



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Programa de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH- SIDA en Asturias

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL
DE LA INFECCION POR
VIH-SIDA EN ASTURIAS
2003-2007



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

**Estrategias para reducir el impacto sanitario y social de la infección
por VIH-SIDA en Asturias 2003-2007**

Promueve:	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Edita:	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Distribuye:	Servicio de Promoción y Programas de Salud Dirección General de Salud Pública
Catalogación y Archivo Editorial:	Servicio de Publicaciones Consejería de la Presidencia
Maquetación:	CORTE Comunicación Social Rosa M ^a Carretero de Lama
Diseño Portada:	CORTE Comunicación Social
Fotografía: Fotos interior:	MUEL, Fotógrafo Artemio Rulán
Redacción del Documento:	Rafael Cofiño Fernández
Revisores del Documento:	J. Ramón Quirós García Julio Bruno Bárcena Marián Uría Urraza Ana Fernández Verdugo

Colaboraciones:

Julio Alonso Lorenzo, Natalia Álvarez González, Begoña Álvarez Muñoz, Esther Arbesú Fernández, Carlos Bande Fernández, Alvaro Cañada Martínez, Rosa Carretero de Lama, Sandra Díaz Rodríguez, Ignacio Donate Suárez, Beatriz Eyaralar Riera, Isabel Fernández Allende, Ana Fernández Feito, Silvia Fernández Rodríguez, M^a Luisa García Alcalde, Flor García Álvarez, Ana García Fernández, Jesús Vicente García González, Guillermo García Velasco, José Antonio García Vázquez, Jacoba Garzón Ramos, Juan Gelman, Rosario Hernández Alba, Marisa Junquera Llana, Mario Margolles Martins, Dolores Martín Rodríguez, Natalia Méndez Menéndez, Lucía Mier de la Infiesta, M^a Luisa Monjardín Delgado, Carmen Mosquera Tenreiro, Carmen Natal Ramos, Matutina Ordóñez García, M^a Paz Pires Gómez, Miguel Prieto García, Marisa Redondo Cornejo, Ana Robla Rodríguez, Juan Ignacio Rodríguez-Arias Palomo, Renato Rúa Fernández, Juan Rubio Domínguez.

“no son los elementos los que determinan el conjunto, sino el conjunto el que determina los elementos: del conocimiento del todo y sus leyes, del conjunto y su estructura, no se puede deducir el conocimiento separado de las partes que lo componen: esto significa que podemos estar mirando una pieza de un puzzle tres días seguidos y creer que lo sabemos todo sobre su configuración y su color, sin haber progresado lo más mínimo: sólo cuenta la posibilidad de relacionar esta pieza con otras: sólo las piezas que se hayan juntado cobrarán un sentido legible, cobrarán un sentido: considerada aisladamente, una pieza de un puzzle no quiere decir nada”

Georges Perec. La vida instrucciones de uso

Presentación:

La verdadera importancia de este documento impulsado desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias no está, desde luego, en estas líneas introductorias, ni tampoco, por extraño que pueda parecer, en las siguientes páginas que recogen de forma detallada el Programa de Prevención y Atención a las Personas Afectadas por el VIH-SIDA en Asturias (PAVSA).

La verdadera trascendencia de este documento nace en el momento mismo en que éste se cierra y se mantienen, se consolidan o se inician las estrategias que lo conforman. La verdadera importancia está en el momento en el que los niveles de planificación mantienen su coherencia para el desarrollo de las actividades y la consecución de los objetivos propuestos. Como documento es por ello una herramienta, un medio para alcanzar esos resultados.

Tras un análisis de situación y un proceso de debate y reflexión con la sociedad presentado a finales del 2002, este documento articula las estrategias para reducir el impacto sanitario y social de la infección por VIH-SIDA en Asturias.

Estas estrategias llevan nombres y apellidos. Los nombres y apellidos de las personas que desde la gestión, la planificación, la prevención o la asistencia serán los determinantes de lo que puede ocurrir con el VIH-SIDA en nuestra comunidad autónoma en los próximos años. Las líneas de tendencia de los problemas de salud siempre llevan, no lo olvidemos, nombres y apellidos. Nuestros gráficos, nuestros indicadores, están formados por personas concretas que con su trabajo y su esfuerzo determinarán tendencias positivas o negativas de salud dentro de unos años. Hay otros nombres. Los más importantes. Los nombres ocultos de personas cotidianas, en contextos concretos y vitales: las personas afectadas a las que especialmente va dirigido el trabajo en la elaboración de este documento y el trabajo de los próximos cuatro años para desarrollarlo.

Ramón Quirós García

Director General de Salud Pública

mayo 1999 a julio 2002

Índice

C a p í t u l o 1:	14
El proceso de elaboración del Programa de Prevención y Atención a las Personas Afectadas por el VIH-SIDA en Asturias (PAVSA)	
C a p í t u l o 2:	20
El Programa de Prevención y Atención a las Personas Afectadas con VIH-SIDA en Asturias (PAVSA) en pocas palabras	
C a p í t u l o 3:	24
La infección por el VIH-SIDA: Evolución de la epidemia en nuestra Comunidad Autónoma	
C a p í t u l o 4:	45
Un nuevo siglo para el VIH. Nuestros valores en la estrategias en la lucha contra la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana	
C a p í t u l o 5:	53
Objetivos y grandes líneas políticas de actuación	
C a p í t u l o 6:	63
Trabajar con la sociedad para articular una respuesta social organizada frente a los problemas derivados de la infección por VIH-SIDA en Asturias	
C a p í t u l o 7:	77
Reforzar las estrategias de prevención como un elemento prioritario y vincular los sistemas de vigilancia, investigación y evaluación con la programación de dichas estrategias	
C a p í t u l o 8:	95
Mejorar la atención sanitaria y favorecer la reincorporación social de las personas afectadas	
C a p í t u l o 9:	113
El proceso de implantación del PAVSA	
Anexos:	119
Participantes en los Grupos de Trabajo	
Bibliografía seleccionada	

Abreviaturas empleadas en el documento:

AB:	Accidentes Biológicos
AEP:	Asociación Española de Pediatría
APAS/AMAS:	Asociaciones de Padres y Asociaciones de madres
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos
CEA:	Centro de Encuentro y Acogida-Cáritas.
CDC:	Centers for Disease Control and Prevention
COFs:	Centros de Orientación Familiar
CSM:	Centros de Salud Mental
DGSP:	Dirección General de Salud Pública
EAP:	Equipos de Atención Primaria
EAR:	Embarazo de alto riesgo
EPS:	Educación para la Salud
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
FDA:	Food and Drug Administration
GERABTAS:	Grupo Español de Registro de Accidentes Biológicos en Trabajadores de Atención de Salud.
GESIDA:	Grupo de Estudio del SIDA- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica
INSALUD:	Instituto Nacional de la Salud
IVE:	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LSP:	laboratorio de Salud Pública
MCS:	Medios de Comunicación Social
MDM:	Médicos del Mundo
MPU:	Medidas de Precaución Universal
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONGs:	Organizaciones No Gubernamentales.
PIJ:	Programa de Intercambio de Jeringuillas
SEGO:	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SEIMC:	Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y de Microbiología
SEIT:	Sistema Estatal de Investigación en Toxicomanía
SESPA:	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
SINIVIH	Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones por VIH
SPNS:	Secretaría del Plan Nacional de SIDA
TARGA	Terapia antiretroviral de gran actividad
UDH:	Unidades de Desintoxicación Hospitalaria
UDIs:	Usuarios de Drogas por vía intravenosa
UDVP:	Usuario de Drogas por vía parenteral
UEI	Unidad de Enfermedades Infecciosas
UTT:	Unidades de Tratamiento de Toxicomanías.
VHB:	Virus de la Hepatitis B
VHC:	Virus de la Hepatitis C
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
XEGA:	Xente Gai Astur



Programa de prevención y atención a las personas afectadas por el VIH- SIDA en Asturias

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL
DE LA INFECCION POR
VIH-SIDA EN ASTURIAS
2003-2007

C a p í t u l o 1:

El proceso de elaboración del Programa de
Prevención y Atención a las Personas
Afectadas por el VIH-SIDA en Asturias
(PAVSA)

marzo de 2001- abril de 2002



La prevención y la atención a las personas afectadas por el VIH-SIDA: una prioridad para el Gobierno del Principado de Asturias

La epidemia por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es una de las epidemias más graves sufridas por la humanidad a lo largo de su historia. El impacto negativo de la infección en términos de morbilidad, mortalidad, costes sociales y económicos sitúa al VIH-SIDA como uno de los principales problemas de salud con los que nos encontramos al inicio del siglo XXI.

Desde el primer caso diagnosticado en nuestra comunidad autónoma en 1985 hasta el día de hoy, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha supuesto un enorme reto para toda la sociedad, precisando una coordinación sin precedentes entre la tecnología científica disponible, la asistencia sanitaria, los recursos sociales, los sistemas de información epidemiológica y las actuaciones políticas. Además, la participación comunitaria a través de asociaciones y a través de la colaboración activa de las personas afectadas ha sido decisiva y crucial en la lucha contra esta enfermedad. Este reto sigue en pie.

¿por qué un Programa sobre SIDA?

lo que pensamos

La necesidad de elaboración del Programa de prevención y atención a las personas afectadas con VIH-SIDA (PAVSA) surge desde distintas perspectivas complementarias:

- En primer lugar, y éste punto es el elemento nuclear de nuestro “por qué”, el PAVSA se configura como una estrategia global que oriente las actuaciones del Gobierno del Principado para disminuir la transmisión del VIH en nuestra comunidad autónoma y para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.
- Un aspecto clave es conformar un marco de planificación multisectorial, integral y multidisciplinar para las distintas actividades que ya se están desarrollando y que sirva de escenario propicio para iniciar nuevas estrategias e iniciativas. La definición de este marco de planificación en el contexto histórico para Asturias de las transferencias sanitarias supone la necesidad de integrar aspectos hasta ahora institucionalmente disociados como eran las actuaciones preventivas y las actuaciones asistenciales.



- Como instrumento de planificación supone un reto para la puesta en marcha de actuaciones, la implantación de nuevos recursos o de adecuación y ordenación de los existentes, de establecimiento de nuevas vías de coordinación y como una herramienta básica para favorecer la participación ciudadana.
- En esta misma línea es, también, un elemento de evaluación y monitorización. Un elemento de medida de la calidad de las distintas actuaciones presentes y una referencia para las distintas actuaciones futuras a desarrollar desde la Dirección General de Salud Pública, desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y desde otras asociaciones, organismos e instituciones de nuestra comunidad autónoma.
- Establecer una línea de reflexión con los distintos agentes sociales y sanitarios que están trabajando en el ámbito del VIH-SIDA en nuestra comunidad autónoma. Su experiencia actual y la experiencia de muchos de ellos desde el principio de la epidemia, supone un potencial enorme que muchas veces desde la Administración no hemos tenido en cuenta favorablemente. O al menos no hemos sabido combinar de forma consecuente.
- El trabajo con este amplio abanico de profesionales dota de valor intrínseco al Programa. Es decir: Es obvia la importancia del producto final que surge de este trabajo, pero ya es fundamental en sí mismo el proceso de trabajo, discusión, encuentro -y también, por qué no, desencuentro- que ha supuesto la elaboración final de los documentos.

¿cómo elaboramos el PAVSA?

la metodología de trabajo

El proceso de trabajo se realiza en dos fases claramente diferenciadas que se desarrollaron intermitentemente desde marzo del 2001 a abril del 2002:

- Primera fase: Proceso de reflexión y debate con la sociedad.

Se estableció un trabajo en distintas áreas específicas. Cada área o grupo de trabajo estaba formado por expertos en la materia y por un coordinador de dicho grupo. El esquema de estas áreas de trabajo ha querido ser similar al propuesto desde el Plan Nacional sobre SIDA en su Plan de Movilización Multisectorial frente al SIDA 1997-2000 y a las directrices propuestas para el Multisectorial de 2001-2005.



Se crearon un total de 15 grupos de trabajo [Tabla 1] en los que han participado de forma directa alrededor de 130 personas [Anexo 1]. En la elaboración final de todo el PAVSA a través de aportaciones directas, colaboraciones indirectas y apoyo logístico han participado un total de cerca de 200 personas.

La importancia del proceso al que hacíamos referencia unas líneas más arriba se hizo patente en la propia estructura física de trabajo y en las reuniones de los grupos. Los grupos de trabajo se reunieron en hospitales de lo que al principio del Programa era INSALUD y ahora, a su finalización tras el proceso de transferencias desde la administración general a la autonómica, es SESPA, se reunieron en la Consejería de Salud, en el Centro Materno Infantil y en el Centro Penitenciario de Villabona.

Los coordinadores de los Grupos de Trabajo son personas procedentes del mundo del trabajo social y del mundo de la clínica, infectólogos y pediatras, epidemiólogos y salubristas, microbiólogos y especialistas en drogodependencias, sociólogas, psicólogos y educadores en centros penitenciarios.

Esta diversidad es un reflejo de esa diversidad profesional e institucional que constituye el proceso de reflexión y debate del PAVSA y, por ende, de la situación del SIDA en Asturias.

Tabla 1: Grupos de Trabajo del Programa Regional de VIH-SIDA:

Vigilancia epidemiológica	Vigilancia de la infección VIH-SIDA en Asturias
Asistencia	Atención Sociosanitaria. Coordinación de recursos sociales.
	Atención Sanitaria. Coordinación de recursos sanitarios.
	Atención Sanitaria en usuarios de drogas
Prevención	Prevención en Jóvenes, Adolescentes y Centros Educativos
	Homosexualidad y VIH-SIDA
	Prevención en personal sanitario
	Mujer y entorno perinatal
	Prevención en usuarios de drogas
	Prevención en trabajadoras del sexo
Actuación comunitaria	Integración, normalización y participación comunitaria
	Medio penitenciario y VIH-SIDA
	Medios de Comunicación Social
Cooperación y desarrollo	Cooperación y desarrollo en VIH-SIDA en países en vías de desarrollo
Formación	Formación en el ámbito de la prevención y la asistencia



Cada grupo elaboró un documento final. La agrupación de los mismos constituye el primer Documento: **“Plan sobre SIDA para Asturias. Proceso de reflexión y debate con la sociedad”**.

Ese primer volumen contiene además del análisis y de las propuestas de los grupos de trabajo una serie de anexos con los que se ha trabajado como material de referencia en algunos de los grupos focales. Así mismo se incluye un directorio mínimo sobre recursos socio-sanitarios en el ámbito de la atención al VIH-SIDA.

- Segunda fase: Elaboración de Objetivos, Estrategias e Iniciativas.

Partiendo del análisis de problemas y de las propuestas desarrolladas en todos esos grupos de trabajo se elaboró lo que es el instrumento de planificación propiamente dicho y que se recoge como núcleo central de este documento.

Dicho instrumento, denominado **“Estrategias para reducir el impacto sanitario y social de la infección VIH-SIDA en Asturias 2003-2007”** ha sido desarrollado desde la Dirección General de Salud Pública, tomando como documentos de partida los análisis y algunas de las propuestas realizados en los grupos de trabajo anteriormente reseñados.

El proceso se presenta de forma esquemática a continuación:

[Esquema 1]



C a p í t u l o 2:

El Programa de Prevención y Atención a las Personas Afectadas con VIH-SIDA en Asturias (PAVSA) en pocas palabras



Un breve resumen del esquema final del PAVSA

El PAVSA se desarrolla como una herramienta de planificación estratégica que pretende alcanzar tres grandes objetivos generales que, a su vez, se desagregan varios objetivos intermedios y que presentaremos con más detalle en un próximo capítulo. Estos objetivos son:

Objetivo General 1: Disminuir el número de nuevas infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en la población asturiana.

Objetivo General 2: Mejorar la calidad asistencial a lo largo del proceso evolutivo de la infección por el VIH-SIDA.

Objetivo General 3: Mejorar las condiciones sociales de las personas diagnosticadas de VIH-SIDA.

Para la consecución de estos grandes objetivos se han articulado unas líneas políticas principales a partir de las cuales surgen las estrategias básicas y las iniciativas. El documento final queda conformado por tres grandes líneas políticas, 14 estrategias y 63 iniciativas

Las tres grandes líneas políticas son:

Línea política 1: Trabajar con la sociedad para articular una respuesta social organizada frente a los problemas derivados de la infección por VIH-SIDA en Asturias

Línea política 2: Reforzar las estrategias de prevención como un elemento prioritario y vincular los sistemas de vigilancia, investigación y evaluación con la programación de dichas estrategias

Línea política 3: Mejorar la asistencia sanitaria y favorecer la reincorporación social de las personas afectadas

Cada una de las iniciativas se encuentra detallada en otro documento interno de planificación de la Dirección General de Salud Pública: *"Agenda de desarrollo de iniciativas del PAVSA 2003-2007"*. En este documento se recogen las actividades específicas a desarrollar para la consecución de la iniciativa, los responsables del desarrollo de la misma y el esfuerzo presupuestario necesario para ello.



Las prioridades del PAVSA:

A continuación señalaremos la estrategias e iniciativas que consideramos prioritarias. Es necesario apuntar que esta enumeración se hace en base a la aparición de los distintos ítems en el documento, no en base a un orden correlativo de mayor a menor importancia.

Serían por tanto:

- € Desarrollar líneas para evitar la discriminación y la estigmatización de las personas afectadas con especial importancia de la puesta en marcha de programas en el medio educativo.
- € Dinamizar una respuesta social organizada facilitando la coordinación y realización de estrategias complementarias entre todas las asociaciones, profesionales, organismos e instituciones que actúan en el ámbito de la prevención y la asistencia del VIH-SIDA.
- € Potenciar las políticas de prevención con especial interés de establecer programas de educación sexual en el medio educativo y en la población juvenil en ámbitos de ocio y tiempo libre.
- € Potenciar, diversificar y evaluar los programas de reducción de riesgos, extendiendo los programas de acercamiento y programas de calle a aquellos colectivos en situación de exclusión social.
- € Establecer un programa integral para la prevención y la atención de las enfermedades de transmisión sexual.
- € Potenciar la prevención a través del personal sanitario mediante la normalización y protocolización de actividades en las consultas de las unidades de enfermedades infecciosas y en los equipos de atención primaria.
- € Poner en marcha un sistema anónimo de vigilancia de nuevas infecciones del virus de la inmunodeficiencia humana.
- € Desarrollar una red de centros y servicios de atención a la infección VIH-SIDA adaptados a las necesidades de las personas y a la situación evolutiva de la enfermedad.
- € Facilitar el acceso a prestaciones socioeconómicas existentes a todas aquellas personas afectadas que lo precisen.
- € Establecer procedimientos coordinados con otros organismos de la Administración para facilitar la reincorporación sociolaboral de las personas afectadas.

C a p í t u l o 3:

La infección por el VIH-SIDA:
Evolución de la epidemia en nuestra
Comunidad Autónoma



Los inicios a nivel mundial

Los primeros casos de SIDA descritos en la literatura científica aparecen en la ciudad de Los Angeles en 1981. Michael Gottlieb y su equipo describen la aparición de una serie de enfermedades, características de personas con afectación del sistema inmune, en pacientes jóvenes previamente sanos. Esta información aportada conjuntamente por el equipo clínico de Gottlieb y el Departamento de Salud Pública de Los Angeles en mayo, aparece publicada en el Morbidity and Mortality Weekly Report de la CDC (Centers for Disease Control and Prevention) el 5 de junio de 1981. En el momento de la publicación, de los cinco casos descritos dos ya habían fallecido. A finales de ese mismo año ya se habían diagnosticado 422 casos y 159 muertes.

La asociación de estas enfermedades oportunistas en un grupo de personas sin antecedentes ni factores de riesgo reseñables pone en alerta a los sistemas de vigilancia epidemiológica y salud pública de los Estados Unidos. La agrupación inicial de casos en jóvenes homosexuales hace pensar en una posible alteración de la inmunidad asociada a dicho colectivo, pero la posterior explosión de casos entre población transfundida, hemofílicos, personas consumidoras de drogas por vía endovenosa, población heterosexual, niños...descartan la existencia de "grupos de riesgo" y se adopta la posibilidad de distintas prácticas de riesgo en la población general con afectación a unos determinados colectivos más vulnerables. Bruce Voeller, exdirector de la National Gay Task Force, propone el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida para denominar a la nueva enfermedad. Se funda la Gay Men Health Crisis que es la primera asociación de lucha activa contra el SIDA.

A través de los estudios de Auerbach y Darrow, con un grupo de trabajo desde la CDC, se establece la búsqueda del *paciente cero*, para finalmente confirmar la hipótesis de la transmisión sexual de la enfermedad. Posteriormente se delimitan los otros dos mecanismos de transmisión: la vía sanguínea y la transmisión vertical. En Marzo de 1983 la CDC establece las primeras recomendaciones para la prevención a través de prácticas sexuales de riesgo, comportamientos de riesgo asociado al consumo de drogas y riesgos en la transmisión ocupacional.

También en 1983 se aísla el agente etiológico responsable de la pandemia: Un retrovirus identificado por el equipo francés de Montagnier y posteriormente confirmado este hallazgo por el equipo estadounidense de Gallo. El virus recibe distintas denominaciones iniciales (LAV, HTVL III, ARV) hasta que finalmente, en 1985, recibe la denominación universal de VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Es en este mismo año, en marzo de 1985, cuando se incorporan las primeras pruebas serológicas para realizar el diagnóstico de la infección por VIH. Se aborda la posibilidad de confirmar infecciones, iniciar estudios



epidemiológicos más completos y la realización de cribados del virus en bancos de sangre, circunstancia hasta ese momento imposible al carecer de una herramienta diagnóstica de laboratorio.

En marzo de 1987 la FDA aprueba la Zidovudina, el AZT (un inhibidor de la transcriptasa inversa, análogo de nucleósidos), como el primer fármaco utilizado en la lucha contra el VIH, con resultados favorables disminuyendo la progresión fatal de la infección, pero sin alcanzar la esperada disminución, a largo plazo, de la mortalidad. La mejoría evidente y espectacular se alcanza con la introducción a mediados de los noventa (en el 96 y 97 en nuestro país) de la combinación de fármacos antirretrovirales incorporando la familia de los inhibidores de la proteasa. Se produce un paso de la monoterapia (con el AZT) a la terapia combinada (inhibidores de la transcriptasa –análogos y no análogos- e inhibidores de la proteasa) en lo que se conoce como tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA).

Los cambios desde este momento son espectaculares en lo que supone una mejoría en la calidad de vida y mejoría del pronóstico de las personas afectadas. La infección por VIH deja de convertirse en una enfermedad con una evolución mortal a corto o medio plazo para convertirse en una enfermedad crónica –con las ventajas y desventajas que la cronicidad conlleva- y con unos nuevos retos que analizaremos en un próximo apartado. Ahora bien, esta situación de mejoría se hace sólo evidente en aquellos países y en aquellos sectores de la población que tienen pleno acceso a los nuevos tratamientos antirretrovirales. Todas aquellas personas afectadas que pertenecen a países con políticas sanitarias que limitan la accesibilidad, universalidad y gratuidad de los tratamientos, se encuentran en una clara desigualdad respecto al resto de la población mundial. En la entrada del siglo XXI, podemos estimar que aproximadamente un 95% de las personas que conviven con el virus de la inmunodeficiencia humana lo hacen en estos países con serias dificultades de acceso al TARGA. Pero además, en muchos países que sí tienen acceso teórico a los tratamientos o a los programas preventivos, muchos de los principales destinatarios pertenecen a colectivos excluidos, por lo que este acceso no se consigue en la práctica.

La situación en España y en Asturias

En nuestro país el primer caso también está descrito en 1981. En Asturias el primer diagnóstico de una de esas enfermedades oportunistas dentro de un síndrome de inmunodeficiencia adquirida se realiza en agosto de 1985, aunque la primera serología positiva es previa: de marzo de 1985. Este primer caso fallece exactamente un año más tarde, dejando constancia –a nivel regional- de la fatal evolución de lo que también estaba ocurriendo en otros puntos del planeta. En el momento que el primer caso diagnosticado de SIDA en Asturias fallece, son ya más de 2 millones y medio las personas afectadas por la epidemia a nivel mundial. Una incipiente epidemia que se estaba

convirtiéndose en pandemia y en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad que ha afectado a la humanidad a lo largo de toda su historia.

Desde junio 1986 hasta diciembre del 2002 se han registrado en Asturias un total de 1224 casos, de los que han fallecido 751. [Figuras 1 y 2]. De la misma forma que ocurre en otras regiones de nuestro país y siguiendo la descripción del Plan Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo, podemos describir dos grandes fases en la evolución de la epidemia en nuestro contexto: la década de los ochenta y primera mitad de los 90 y la segunda mitad de los 90 y el principio del siglo XXI.

Figura 1:
SIDA. Asturias y España. 1986-2002. Casos por año de diagnóstico

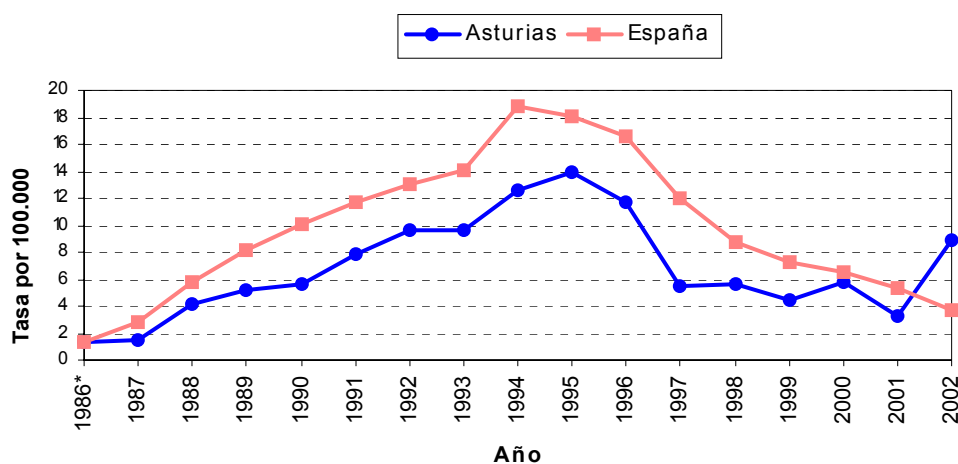
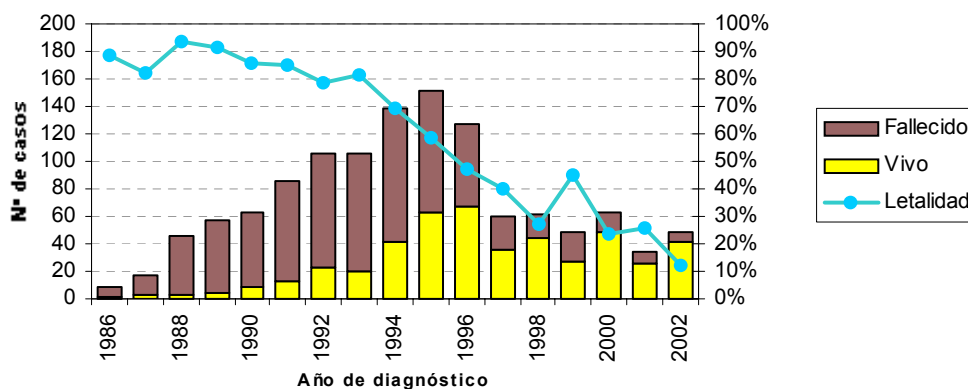


Figura 2:
SIDA en Asturias 1986-2002. Situación de los casos según año de diagnóstico





1. La década de los ochenta y primera mitad de los 90

La prevención:

A nivel mundial podemos hablar de la infección por VIH como una enfermedad de transmisión sexual, siendo esta la vía de transmisión en más de un 75% de las personas afectadas. Ahora bien, este patrón epidemiológico propio de otros países de la Europa occidental no se corresponde con el español ni con el asturiano, donde la vía principal de transmisión ha sido la sanguínea, afectando mayoritariamente a personas que consumían drogas por vía endovenosa. La epidemia de consumo de heroína y el consumo de esta sustancia a través de material de venopunción compartido es el detonante de la extensión de la epidemia en nuestro país y en Asturias. España se convierte en el primer país, dentro del marco europeo, con mayor número de afectados y con mayor número de fallecidos.

En España se estimaba en ese momento que más del 50% de los usuarios de drogas por vía endovenosa estaban afectados por el VIH (principalmente por el uso compartido de material de venopunción), pero además la transmisión heterosexual y vertical estaban indirectamente ligadas al uso de drogas por vía parenteral (UDVP): Un 75% de las mujeres que habían contraído SIDA por relaciones sexuales se habían infectado por tener una pareja UDVP y un 69% de los niños con SIDA eran hijos de mujeres UDVP.

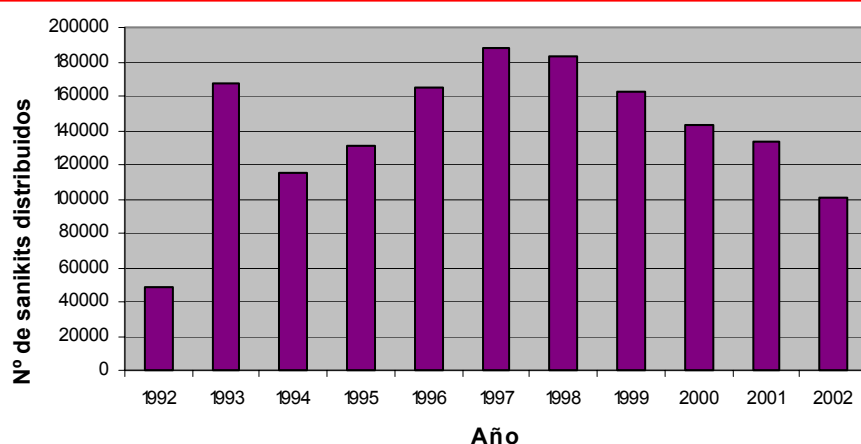
Dentro de este contexto de las drogodependencias y de la epidemia de heroína, surge la necesidad de implantar los primeros programas de reducción del daño, orientados a disminuir los riesgos –biológicos, psicológicos y sociales- asociados al consumo de drogas. Estos programas tienen dos vertientes: por un lado los programas de intercambio de jeringuillas (cuya primera experiencia se produce en Holanda en 1981 para reducir la transmisión de hepatitis víricas) y por otra parte, los programas de mantenimiento con metadona (añadiendo una alternativa complementaria a los programas libres de droga que hasta ese momento se presentaban como única opción terapéutica).

En diciembre de 1989 la Organización Mundial de la Salud opta por la incorporación más flexible a los programas sustitutivos con opiáceos como medida prioritaria para detener el imparable avance de la epidemia de SIDA. En España, en febrero de 1990, a través del Decreto 75/1990 se permite la inclusión en programas de metadona de las personas que estuvieran infectadas por el VIH. En Asturias en 1991 se ofertan el 22,6% de las plazas en programas de metadona existentes en todo el territorio nacional lo que pone a nuestra región en la cabeza de este tipo de tratamientos. Aunque probablemente demasiado tarde y urgidos por la eclosión del VIH y no por una

racionalización del tratamiento de las drogodependencias se consiguen dos puntos importantes: el control de la infección VIH y la diversificación de opciones terapéuticas para los drogodependientes.

Siguiendo estas necesidades de salud pública y prevención, en nuestra Comunidad autónoma se implanta el Programa Sanikit en Farmacias en 1992 y el Programa de intercambio de jeringuillas en 1994. **[Figura 3]** El Programa Sanikit consiste en la venta desde las farmacias de una kit antisida que incluye material estéril para la venopunción, un envase hermético para colocar la jeringuilla una vez utilizada y un preservativo.

Figura 3:
Distribución de Sanikits a las farmacias de Asturias 1992-2002



El Programa de intercambio de jeringuillas proporciona dicho kit antisida de forma gratuita a cambio de jeringuillas usadas. Existen dispositivos móviles y locales fijos donde se realiza dicho intercambio. Además el intercambio es realizado por miembros del Comité Ciudadano Anti-SIDA, colectivo que trabaja activamente en la prevención del VIH-SIDA, con lo que el proceso del intercambio se acompaña de un espacio para la educación para la salud y la intervención terapéutica **[Figura 4 y 5]**.

Figura 4:
Nº de contactos realizados en Programas de intercambio en Asturias. 1995-2002

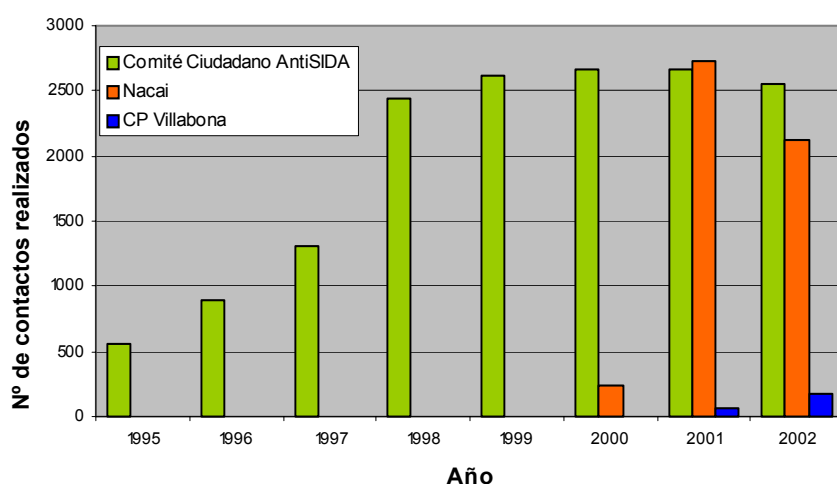
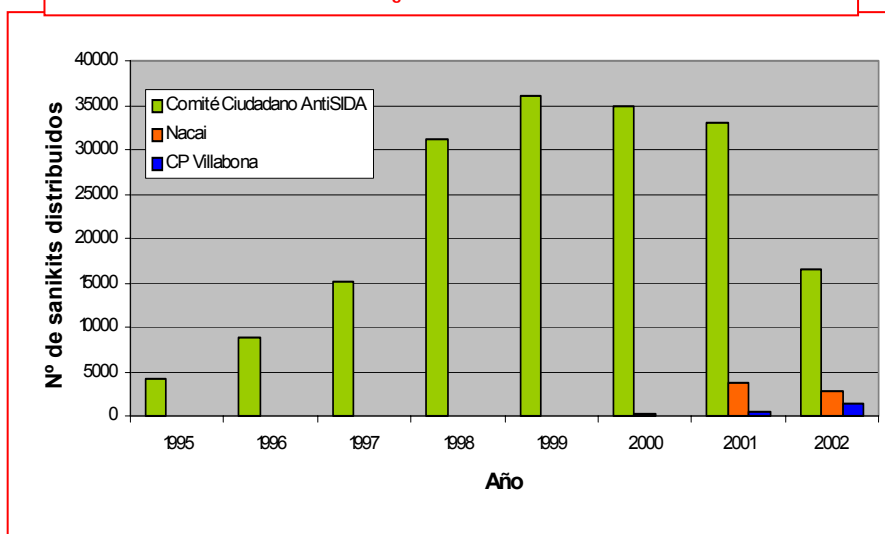




Figura 5:
Nº de sanikits distribuidos en Programas de intercambio en Asturias. 1995-2002



Por otro lado el preservativo se establece como la mejor herramienta preventiva en términos de efectividad para la disminución de la transmisión del virus por vía sexual. Las polémicas tan en boga en los ochenta sobre la necesidad o no necesidad de promover el uso del preservativo van progresivamente desapareciendo al valorar la indiscutible importancia de fomentar prácticas de sexo seguro y de frenar una situación insostenible. La consideración del condón como un instrumento “terapéutico” de gran valor queda afianzado por las importantes campañas de prevención realizadas a nivel nacional, internacional y autonómico y por la activa participación de grupos de afectados, asociaciones de ciudadanos, colectivos específicos como es el colectivo homosexual (Xente Gai Astur en nuestra comunidad autónoma) y agentes sociales claves de la comunidad. Todo ello contribuye a dejar atrás las citadas y “exquisitas” discusiones morales –que como ya había ocurrido al demorar la introducción los tratamientos con agonistas opiáceos- sólo habían llevado a potenciar el desarrollo de la epidemia.

La atención sanitaria:

Por otro lado la asistencia sanitaria a las personas afectadas se centralizó en la atención especializada de los Servicios de Medicina Interna y en los Servicios de Ginecología-Obstetricia y Pediatría en aquellos casos de transmisión vertical . Dentro de los Servicios de Medicina Interna se produce una especialización de un colectivo de profesionales que con el paso de los años se conformarán como los especialistas de atención al VIH-SIDA en nuestra comunidad autónoma y, lo que es fundamental, como el elemento de referencia para estos pacientes dentro del sistema sanitario.

Desde principios de los ochenta y todavía en toda la primera mitad de los noventa el SIDA sigue presentando unas tasas de mortalidad muy altas (un 40-50%). Algunas de las características de la atención sanitaria en esta época



son: El déficit de recursos humanos y sociosanitarios, la formación errática de este tipo de profesionales (la mayoría de las veces realizada de forma independiente por ellos mismos, con pocos medios y pocos incentivos por parte del sistema sanitario) y la necesidad –prolongada hasta el día de hoy- de un abordaje integral complejo y de una atención multidisciplinar a los afectados.

También tienen un papel definitivo en la atención específica a poblaciones vulnerables la creación de las Unidades de Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS) : la unidad del hospital Monte Naranco en Oviedo (bajo la coordinación del Dr. Virgilio Palacio) y la unidad de la Gota de Leche en Gijón (bajo la coordinación del Dr. José Antonio Varela). La atención desde estos centros supone la accesibilidad de colectivos históricamente alejados del sistema sanitario como son las prostitutas. Además de ofertar esta atención especializada, las consultas de Gota de Leche y de Monte Naranco, se conforman como centros fundamentales para la vigilancia epidemiológica de ITS (y por tanto del VIH) en Asturias.

Un tema tan repetido como es la organización de los niveles asistenciales (la coordinación entre Atención primaria y Atención especializada) se hace más evidente con la aparición del VIH y con la necesidad, ya apuntada, de un abordaje integral y multidisciplinar. Se hace necesaria no sólo la coordinación de dichos niveles sino también la coordinación con otros recursos sociosanitarios existentes. Siguiendo esta línea, en la primera mitad de los noventa se establecen varios protocolos de coordinación entre Atención primaria y la Atención Especializada en distintas áreas sanitarias (Área VII en 1992 y 1997, Área V en 1995 y Área IV en 1995, entre otras, aunque con el tiempo todas las áreas van a desarrollar protocolos similares). La creación de Unidades de enfermedades infecciosas (Área IV y V), la definición de los equipos de profesionales que atienden a esta patología y la creación – errática- de la figura del coordinador del VIH-SIDA, son algunas de las nuevas situaciones en la organización de los equipos a lo largo de este periodo.

En el anterior Plan de Salud de Asturias (iniciado en enero del 92 y presentado a Consejo de Gobierno en 1993), ya se incluye una estrategia para *“Adecuar nuestro sistema sanitario a las necesidades que produce la epidemia del SIDA”*¹ donde se apuntan algunos de los elementos que se discuten con más profundidad en este Programa Regional sobre VIH-SIDA: Focalizar la información a los jóvenes y adolescentes, lucha contra la discriminación de las personas afectadas, adecuar la organización sociosanitaria de la atención y definir la figura del gestor de caso.

La puesta en marcha en 1992 de la Casa de Acogida de la Fundación Siloé para pacientes en situación de enfermedad avanzada, supone la adecuación de un recurso socio sanitario imprescindible para la correcta atención a los pacientes en los estadios finales de la enfermedad.



Así mismo el Comité Ciudadano Anti SIDA inicia el programa de atención psicológica en 1993, y el programa de acompañamiento domiciliario y hospitalario en 1994, complementando de esta forma el abanico de la atención socio-sanitaria a personas afectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en nuestra región.

2. La segunda mitad de los 90

La disminución de nuevas personas infectadas por el VIH según los registros de VIH disponibles en Navarra, La Rioja y Asturias se aprecia desde principios de los 90 y en Asturias de forma manifiesta desde 1993. En Asturias desde 1986 hasta el 31 de diciembre de 1998 (fecha en la que una orden judicial adoptó medidas cautelares para la paralización del registro en espera de una decisión definitiva por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma) se han detectado 3880 personas positivas para el test de detección de VIH realizados en el laboratorio de referencia de la Consejería de Salud. Ese descenso ha llevado a pasar de 380 nuevas infecciones en 1990 a sólo 190 en 1998.

Respecto al número de casos de SIDA se produce en Asturias un descenso en el año 2000 del 61% respecto al año 1995 (datos sin corregir por retraso en notificación), en que se registró la mayor incidencia de casos de SIDA en años en nuestra Comunidad Autónoma. Los datos para el año 2001 significan un descenso del 83% con respecto a 1995 [Figura 1] El descenso es debido al conjunto de los avances de la lucha contra el SIDA en los últimos tiempos, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria. Así, gracias a las medidas preventivas se ha producido una disminución en el número de nuevas infecciones y gracias a la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad ha descendido la incidencia de nuevos casos de SIDA y la letalidad de la enfermedad.

La Prevención:

El consumo de heroína en esta época es fundamentalmente por vía respiratoria (inhalaado fundamentalmente) disminuyendo sustancialmente el consumo por vía endovenosa. Además, en aquellos casos en que aún se mantiene esta vía endovenosa, la extensión de practicas de venopunción más higiénicas (no compartir el mismo material, uso de material estéril) lleva consigo una disminución de la incidencia. Como apunta el Plan Multisectorial 2001-2005 de la Secretaria Nacional del Plan de SIDA- la *“ocurrencia de nuevas infecciones por el VIH en los grupos más susceptibles comenzó a disminuir”*.

¹ Estrategia 33 del Plan de Salud para Asturias

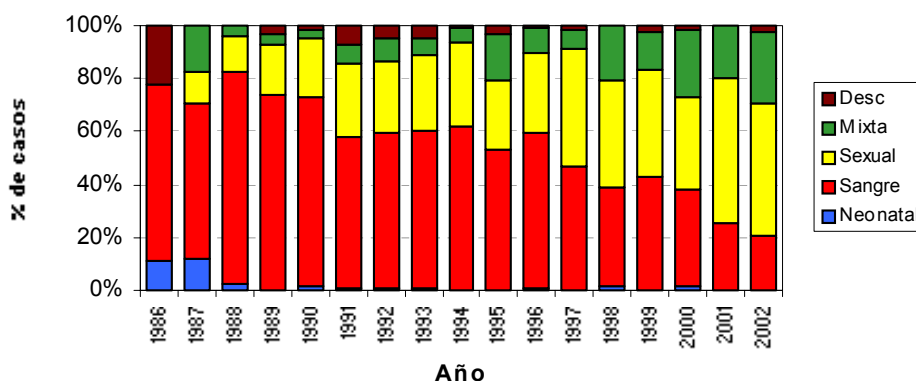
En este sentido tiene gran importancia la evolución del Programa Sanikit en farmacias y del Programa de Intercambio de Jeringuillas llevado a cabo por ONGs e instituciones autonómicas que trabajan conjuntamente con la Consejería de Salud: Comité Ciudadano Anti-SIDA, NACAI, Centro de Encuentro y Acogida de Cáritas, Calor y Café de Gijón. En el año 2001 se inicia el programa de intercambio de jeringuillas en el Centro Penitenciario de Villabona. Esta evolución se refleja en las [Figuras 4 y 5], junto con la tendencia decreciente en la incidencia de infección por VIH en el periodo 1986-1998. Actualmente un 40% de las farmacias de Asturias dispensan Sanikits al mismo precio que una jeringuilla de insulina.

Según la información recopilada por el Observatorio sobre Drogas para Asturias (según datos del Registro Regional de Infección VIH-SIDA) podemos señalar los siguientes puntos:

- De los 1152 casos SIDA diagnosticados en Asturias hasta el 29 de Octubre del 2001, un 64% eran consumidores de drogas por vía parenteral. Una situación media entre el 75,4% en el País Vasco, el 59,4% de Aragón o el 33,2 % de Baleares, por citar algunas comunidades autónomas
- Se observa una clara disminución en las infecciones por VIH y VHB asociadas a drogodependencias

En esta segunda mitad de los años 90, los casos de sida asociados a la vía de transmisión sexual (en los casos de SIDA según vía de transmisión) van adquiriendo un mayor peso porcentual pasando de ser un 22,5% en los casos de SIDA de 1990 a un 45,7% en los casos de 1997. [Figura 6].

Figura 6: SIDA en Asturias, 1986-2002
Distribución por vía de transmisión y año de diagnóstico





Al carecer de un sistema de vigilancia de VIH desde 1998 se desconoce cuál es la principal vía de transmisión en las nuevas infecciones, lo que supone un elemento básico para la vigilancia epidemiológica y para establecer los mecanismos preventivos pertinentes.

En este periodo de tiempo, con algunos periodos de distorsión por ambivalencias en las políticas esgrimidas desde la Dirección General de Salud Pública, se mantienen las estrategias para la promoción del uso del preservativo y del sexo seguro iniciadas años antes. Desde ámbitos como es el Consejo de la Juventud del Principado de Asturias y los Consejos de la Juventud de Gijón y Oviedo, y en colaboración con varias asociaciones e instituciones, se desarrollan actividades formativas específicas, tanto en campañas de prevención como en actividades específicas en el colectivo juvenil y potenciación del papel de los jóvenes como mediadores de salud.

Una propuesta multisectorial autonómica en esta línea es la puesta en marcha de un Programa de Educación Afectivo- Sexual desarrollado conjuntamente en el año 2001 desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, la Consejería de Educación y Cultura, el Instituto Asturiano de la Mujer, el Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia, el Instituto Asturiano de la Juventud, el Consejo de la Juventud del Principado de Asturias, el Consejo de la Mujer del Principado de Asturias y el SESPA.

La atención sanitaria:

La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) supone un elemento clave en el manejo de la enfermedad. Antes de la utilización de esta combinación de fármacos el tiempo medio de incubación del SIDA era de 10 años y el 50% de las personas diagnosticadas de SIDA fallecían a los 15 meses de la fecha de este diagnóstico. Tras la introducción del TARGA se ha conseguido la disminución en la mortalidad **[Figura 2]** y en la morbilidad, así como la reducción en la aparición de casos de SIDA. **[Figura 1]**

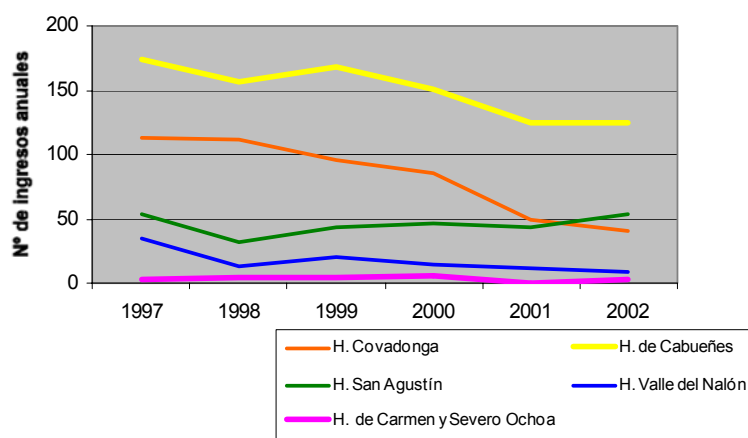
La actualización farmacológica en la utilización de estos tratamientos combinados (de tres o cuatro fármacos y con la consiguiente especialización del clínico), la dispensación de estos fármacos desde los servicios de farmacia hospitalarios y la utilización de nuevas herramientas diagnósticas y pronósticas como es la carga viral – a la que no se tiene acceso desde Atención primaria- hacen que el paciente realice sus controles estrictamente en medio hospitalario y queden anquilosados los protocolos diseñados entre Primaria y Especializada en la era pre-TARGA. El papel del médico de familia y de los equipos de atención primaria en el seguimiento de esta patología no queda claramente definido.



Sobre la carga viral – medida de RNA viral- es necesario destacar que se trata de otro elemento fundamental en este periodo como un elemento pronóstico e indicador de la evolución de la replicación del virus. La situación clínica, la determinación de la carga viral plasmática y el recuento de linfocitos CD4 constituyen los elementos básicos para establecer las decisiones terapéuticas en las distintas situaciones clínicas y para monitorizar la efectividad de los tratamientos.

A nivel hospitalario se produce un cambio en la utilización de los recursos hospitalarios: existe un aumento en el uso de las consultas externas, mientras que se disminuye el número [Figura 7] y la duración de los ingresos acorde con esa mejoría de la morbilidad y con la disminución de infecciones oportunistas.

Figura 7:
Evolución de los ingresos hospitalarios de pacientes VIH-SIDA
en cinco hospitales asturianos 1997-2002



Es necesario apuntar un hecho fundamental: Aunque el uso de la terapia combinada ha supuesto un incremento en los costes de farmacia (sobre todo con la introducción de los inhibidores de la proteasa desde el 97) [Figuras 8 y 9], los costes totales de salud (en estudios realizados de cohorte y de coste-efectividad) permanecen estables e incluso disminuyen teniendo en cuenta el descenso en el número de ingresos hospitalarios, y el descenso de los costes relacionados con el tratamiento de las infecciones oportunistas. Este aspecto de la universalidad y la accesibilidad al tratamiento es uno de los grandes logros de nuestro sistema sanitario.

Aunque los programas de tratamiento de drogodependencias (tanto los programas libres de drogas como los programas de sustitutivos) se han ampliado para cubrir todo el posible espectro terapéutico, es en este colectivo de población donde las dificultades se ven más manifiestas: En primer lugar las inherentes dificultades para conseguir la adherencia a los tratamientos y en segundo la existencia de patologías orgánicas asociadas (infecciosas como la hepatitis C) o psiquiátricas (como la patología dual descrita en el seno de las toxicomanías). Muchas drogodependencias "cronificadas" están ligadas a un importante deterioro social y a severas disfunciones familiares, lo que determina una situación de afectación de los tres ejes de estas personas: el biológico, el psicológico/psiquiátrico y el social. Algunos de los recursos sociosanitarios desarrollados en años anteriores (Casa



de Acogida de la Fundación Siloé) tienen un papel básico en estas situaciones. Estos recursos se complementan con recursos como el Centro de Día Milsoles de la Fundación Siloé (en Gijón), el Centro de Encuentro y Acogida de Cáritas en Oviedo (abierto en 1993) y los Centros de Calor y Café de Oviedo y Gijón (inaugurados en el año 2000 y en el 2002 respectivamente), con una sensibilidad especial a la educación, atención y reducción de riesgos en este colectivo de personas drogodependientes en situaciones de alto deterioro. Estas instituciones mantienen líneas de colaboración técnica y económica con la Dirección General de Salud Pública a través de convenios específicos.

Figura 8:

Evolución del número de pacientes a tratamiento antiretroviral en las distintas Áreas Sanitarias de Asturias

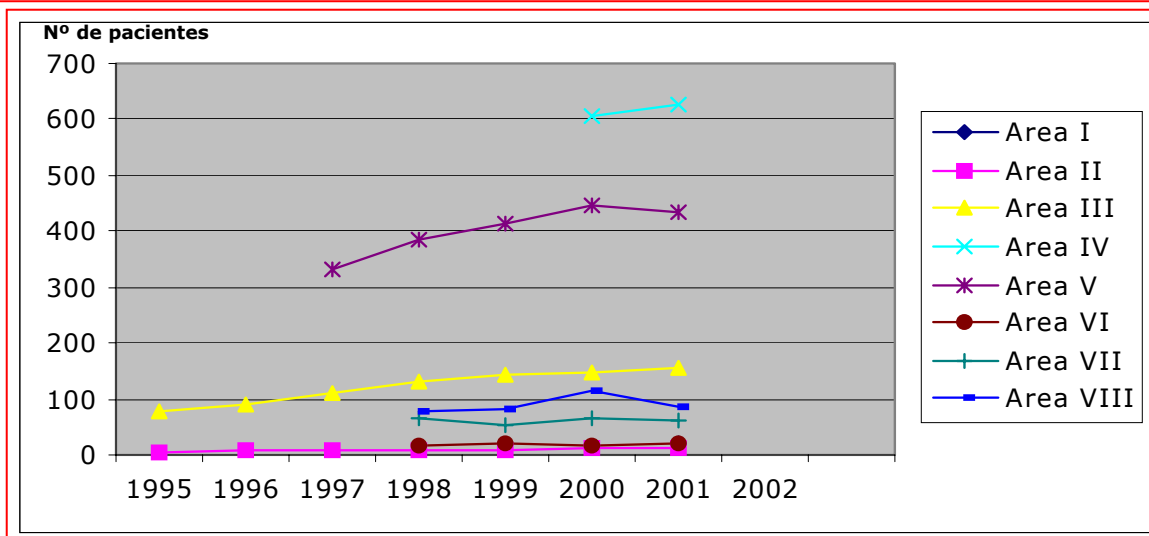
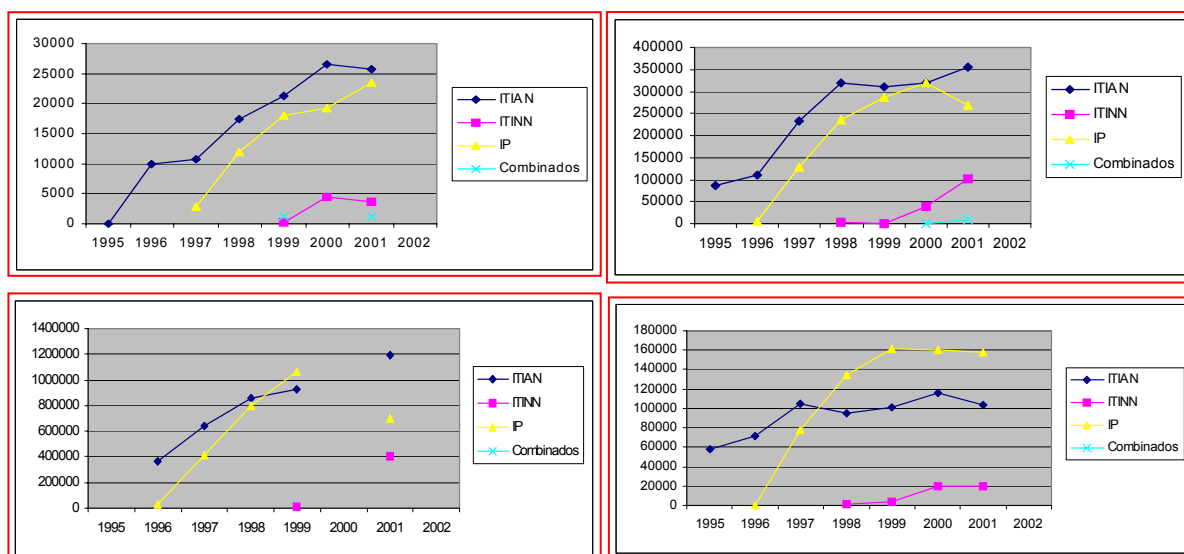


Figura 9:

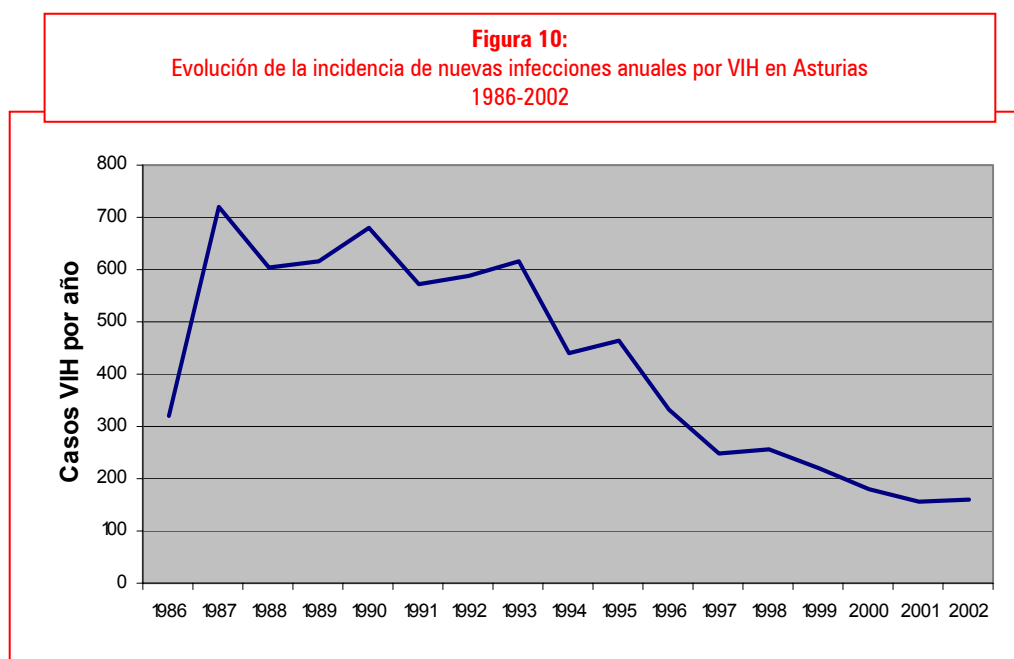
Evolución del gasto en antirretrovirales (1996-2001) en las Áreas II, III, V y VIII, desglosado por familias



ITIAN: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos
ITINN: Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos
IP: Inhibidores de la proteasa.

La situación actual de la infección VIH-SIDA en Asturias:

El número de nuevas infecciones por VIH ha ido descendiendo progresivamente desde 1993, siendo el total de nuevas infecciones en el 2002 de 159. **[Figura 10].**



El número de casos de SIDA mantiene una tendencia descendente desde 1995, equiparable a lo que está pasando en España **[Figura 1 y 11]**, y en otros países del entorno europeo. La distribución geográfica de los casos de SIDA mantiene en Asturias una preferencia en las áreas centrales **[Figura 12]**, siendo las Áreas IV y V donde aparece el mayor número de nuevas infecciones VIH (81 y 49 respectivamente) y de casos de SIDA (23 y 9) en el año 2002.

El peso porcentual en el 2001 y 2002 recae en la categoría de transmisión por vía sexual, siendo ésta, con toda seguridad, la vía que determinará el futuro de la epidemia. El mayor porcentaje de casos corresponde a hombres (un 75%) y en un intervalo de edad entre los 30 y 39 años. El aumento de casos de SIDA en el 2002 ha de ser interpretado con cautela teniendo en cuenta que se trata de un sistema de notificación. Así mismo hay que destacar las limitaciones de este sistema de información para monitorizar la evolución de la epidemia que sólo nos dará la puesta en marcha del SINIVIH.

Figura 11:
Evolución de la incidencia de los casos de SIDA en las distintas Comunidades Autónomas de España 1986-2002.

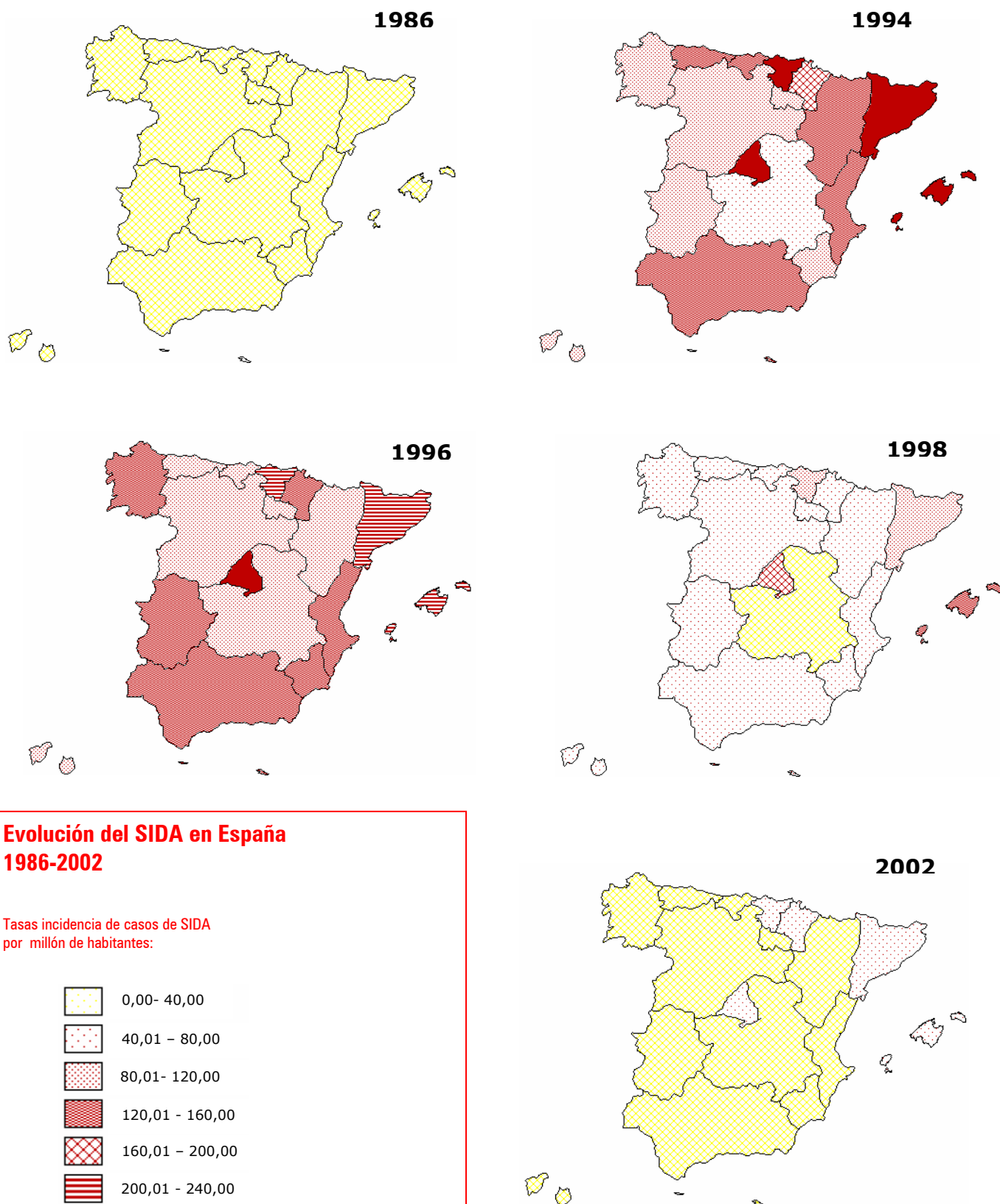
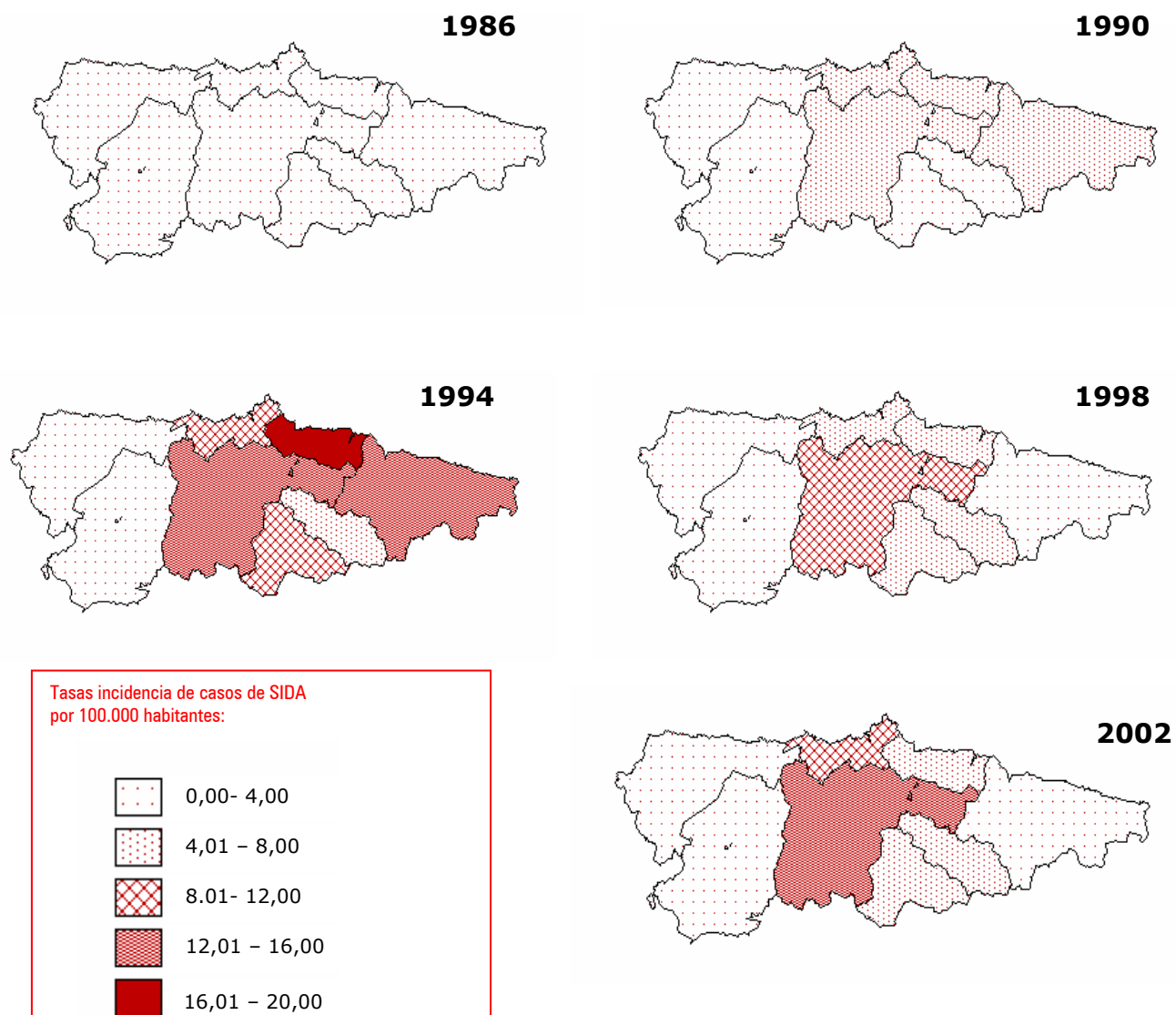


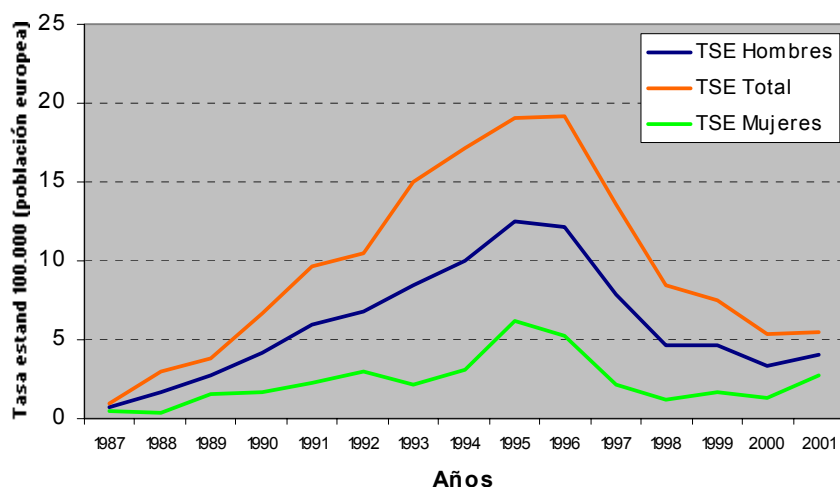
Figura 12:
Evolución de la incidencia de los casos de SIDA en Asturias 1986-2002





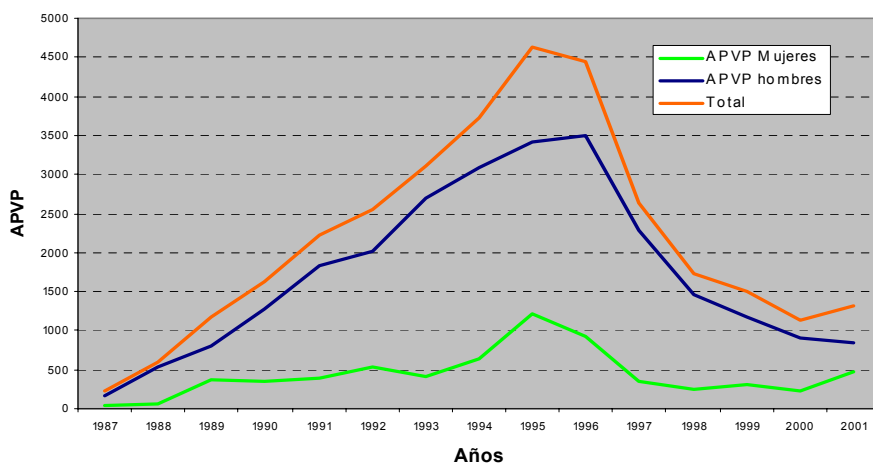
La tendencia de la mortalidad por VIH-SIDA se mantiene favorable desde 1996 cómo podemos observar en las [Figuras 13 y 14]. al detallarse el descenso en las tasas de mortalidad y el descenso en el indicador de años de vida potenciales perdidos. En el análisis de mortalidad de Asturias en el 2001 se observa presente , al igual que desde el principio de la epidemia, mayor mortalidad en hombres que en mujeres.

Figura 13:
Evolución de la mortalidad por VIH-SIDA en Asturias 1987-2001
(Tasas Estandarizadas población europea)



En el análisis de mortalidad del Asturias en el 2001, es, en global, la segunda causa más frecuente de muerte entre los 5 y los 14 años y la tercera causa más frecuente entre los 15 y los 39 años.

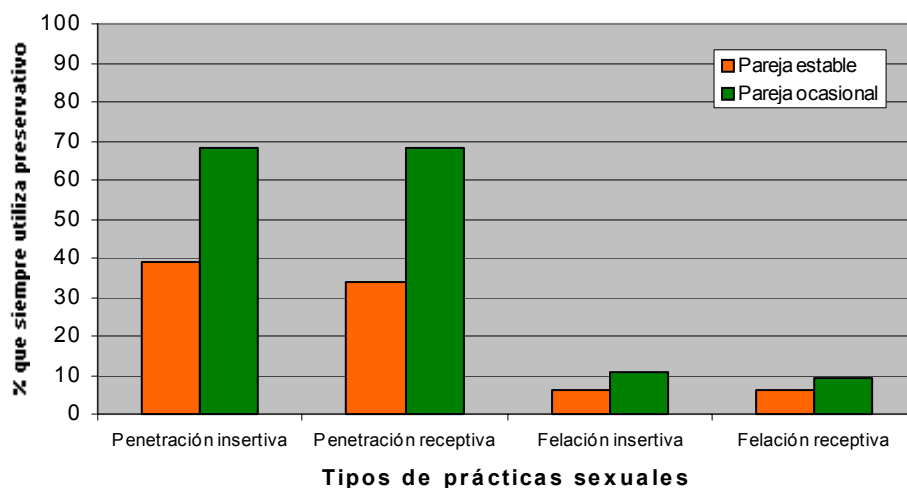
Figura 14:
Evolución de los Años Potenciales de Vida Perdidos por VIH-SIDA





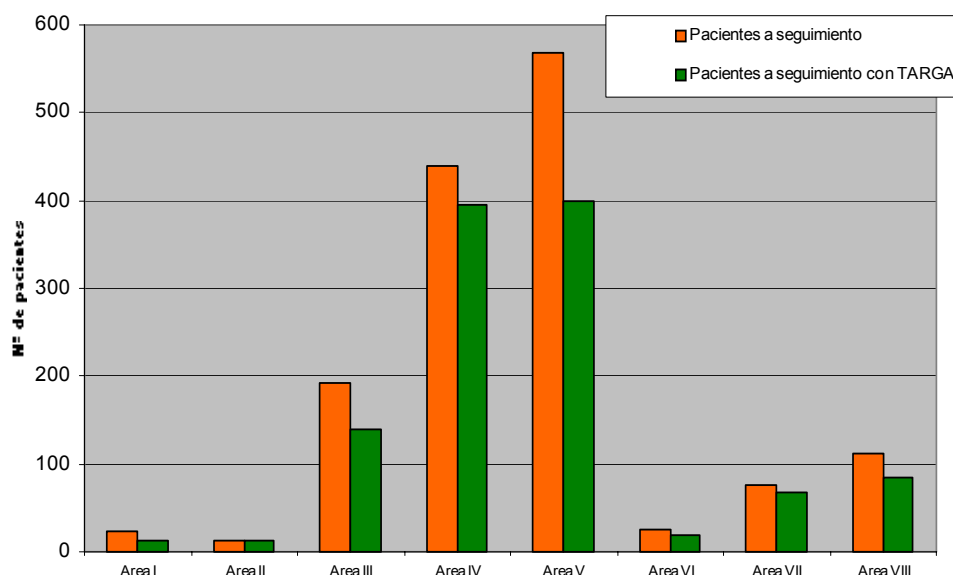
La encuesta sobre hábitos sexuales y prevención del VIH en la población gai de Asturias del año 2001 señala datos importantes sobre las prácticas preventivas en este colectivo: el uso del preservativo es mucho más frecuente en las parejas ocasionales que en las parejas estables .y es más utilizado en las prácticas sexuales de alto riesgo que en las de riesgo intermedio [Figura 15].

Figura 15:
Porcentaje de hombres que tienen sexo con hombres que siempre utilizan preservativo según práctica sexual y tipo de pareja. Asturias 2001



En la actualidad tenemos un total de 1451 personas afectadas por el VIH-SIDA a seguimiento en las unidades especializadas de la red de hospitales de Asturias, de éstas un 81,46 % están siendo atendidos en las Áreas centrales (Avilés, Oviedo y Gijón). De este total de pacientes a seguimiento están con tratamiento antirretroviral un 78,08%. [Figura 16]

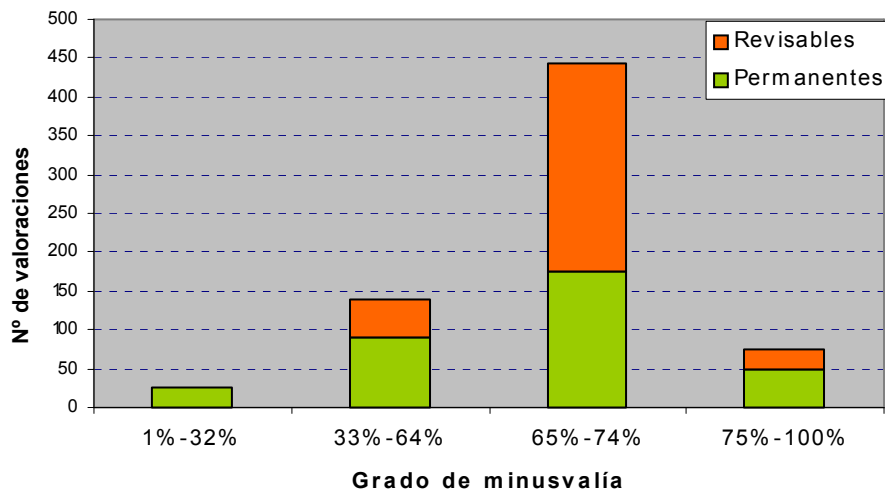
Figura 16:
Pacientes vivos a seguimiento y pacientes vivos a seguimiento con TARGA en cada Área Sanitaria a finales del 2002





Otro dato interesante es el número de personas que han sido valoradas por minusvalía desde el principio de la epidemia a través de la red de los servicios sociales de nuestra comunidad autónoma [Figura 17]. El total es de unas 674 personas. De estas , a fecha de 8 de mayo del 2003, un 49% se encontraban en una situación de valoración permanente y el resto en una situación de valoración revisable. El número de valoraciones en los que el grado de minusvalía es superior al 65% es de 519, lo que corresponde a un 77%. Teniendo en cuenta que el total de personas a seguimiento por VIH-SIDA en la comunidad es de 1451, el porcentaje con acceso a minusvalía (en todos los rangos de valoración, del 1% al 100%) es de un 46,45%.

Figura 17:
Número total de valoraciones de minusvalía en personas afectadas por VIH-SIDA desde el principio de la epidemia, por rango de minusvalía y según valoración revisable o permanente





En la siguiente tabla se resumen algunos de los datos de la epidemia por VIH-SIDA en el 2002:

Número de nuevas infecciones por VIH	159
Porcentaje de nuevas infecciones por VIH por género	72,95 % hombres 27,04 % mujeres
Grupo de edad de nuevas infecciones VIH-SIDA	40,76% entre 30 y 39 años
Área Sanitarias de nuevas infecciones por VIH	50,95 % en Área IV 31,21 % en Área V
Nuevos casos de SIDA (Tasa por 100.00 habitantes)	48 (8,93)
Casos de SIDA por categoría de transmisión	50% vía sexual 20,8% vías sanguínea 27,1 % vía mixta 2,1 % desconocida 0 % vía neonatal
Porcentaje de casos de SIDA por género	75% hombres 25 % mujeres
Número de recién nacidos de madres seropositivas	4
Número de ingresos	243
Tasa mortalidad por 100.000 habitantes (año 2001)	Total: 4,4 Hombre 6,2 Mujeres....2,7
Años Potenciales de Vida Perdidos (año 2001)	Totales: 1325,5 Hombres...845 Mujeres.... 480,5
Media Años Potenciales de Vida Perdidos (año 2001)	Totales:....29,5 Hombres...28,2 Mujeres.....32
Número de total de pacientes vivos a seguimiento	1451
Número de total de pacientes vivos a seguimiento con TARGA	1133
Total de personas valoradas por minusvalía desde el inicio de la epidemia	674
Número de personas con valoración de minusvalía > 65%	519 (77%) 520

Capítulo 4:

Un nuevo siglo para el VIH.

Nuestros valores en la estrategias en la
lucha contra la infección por el
Virus de la Inmunodeficiencia Humana





Como hemos visto en el capítulo anterior los esfuerzos conjuntos de establecer líneas preventivas y asistenciales han tenido dos consecuencias básicas: la disminución de nuevas infecciones asociada a la sistemática puesta en marcha de programas de prevención y la disminución de la morbilidad y la mejora en la calidad de la vida de las personas afectadas gracias a la introducción de los nuevos tratamientos antirretrovirales.

Pero estas tendencias de mejora y esta percepción de estabilidad no tiene que hacernos pensar en el SIDA -en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana- como un problema en vías de extinción. Al menos no por ahora. Nos encontramos en una situación dinámica y de evolución ante la cual hemos de desarrollar, posicionar y articular nuevas estrategias.

En los últimos años, en nuestro país y en nuestra comunidad autónoma, hemos observado un cambio en el patrón de la infección: la vía de transmisión que más ha aumentado ha sido la transmisión sexual. Como apunta la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA *“son las prácticas sexuales las que parece que determinarán el futuro de la epidemia”*. En el escenario de los países con un nivel socio económico similar al nuestro están ocurriendo hechos importantes que es importante subrayar:

- Un estudio realizado por el Departamento de Salud Pública de San Francisco sobre la evolución en la incidencia de gonorrea rectal y comportamientos sexuales de riesgo entre hombres que tienen relaciones con hombres en el periodo 1994-1998 apunta el aumento en los casos de gonorrea y el aumento de prácticas sexuales sin protección.
- Esta tendencia se ve confirmada en otras investigaciones realizadas en países europeos en población heterosexual. Este estudio publicado en junio del 2002 en el *British Medical Journal* señala un aumento en la prevalencia de gonorrea, sífilis y VIH desde el año 1995 en Reino Unido, Francia, Irlanda y Francia. En este mismo artículo (realizado desde el Servicio de Vigilancia de Salud Pública de Londres y el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA) se insiste en la importancia, desde los países de Europa Occidental, de mantener políticas de prevención a nivel individual y comunitario.

Estos datos sirven para afianzar la postura de que aunque *“el SIDA ya no es lo que era”* (como se percibe vaga, peligrosa y subjetivamente desde algunos sectores de nuestra comunidad) tampoco queremos que vuelva a ser lo que fue; por ello insistimos en la oportunidad para establecer una política autonómica global y multisectorial, centrada en los intereses y necesidades de los ciudadanos y ciudadanas, con un liderazgo sólido y participativo e implementada por los distintos agentes que participan en las áreas de prevención, asistencia y reincorporación.



En cada uno de los tres capítulos siguientes –que forman el eje central del PAVSA y a medida que vayamos desglosando las tres líneas políticas, incidiremos con más detalle sobre aspectos concretos en cada una de esas áreas básicas de actuación contra el VIH. Pero antes de pasar a ello es el momento de establecer el marco general de nuestros valores y principios rectores sobre los que fundamentamos dichas líneas políticas. Estos valores los resumiremos en tres apartados: la equidad y accesibilidad, la normalización e integración y el trabajo multisectorial.

Equidad y accesibilidad en el uso de recursos preventivos y asistenciales sociosanitarios

En el documento *“Salud 21. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS”* publicado desde la Oficina regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, se hace especialmente referencia en el Objetivo 2 a la Equidad en salud. Textualmente se cita que para el año 2020 *“las diferencias sanitarias entre los grupos socioeconómicos de cada país se deberán reducir al menos un cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”*.

Recordar por ello en este momento los principios generales de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, no tiene un carácter formal ni especulativo. En el Artículo 3 de esta Ley se enuncian la orientación de la salud hacia la promoción de la salud, la universalidad, la igualdad efectiva y la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Así mismo, tampoco tiene un carácter formal ni especulativo, señalar que estos mismos principios tienen su continuidad y desarrollo en el Artículo 3 de la Ley 1/1992, de 2 de Julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

La evolución fulminante y fatal de la infección durante el periodo previo al tratamiento antirretroviral de gran actividad imposibilitaba la expresión de otros factores determinantes de evolución o pronóstico que ahora, con la cronicidad, de la enfermedad, sí pueden expresarse. Es decir, de la misma forma que a nivel clínico han aflorado nuevas patologías que antes no daba tiempo a que acaecieran (hepatitis C o procesos tumorales por ejemplo), desde una perspectiva psicosocial y comunitaria, también se han manifestado “nuevas variables” que condicionan de forma evidente la evolución y el pronóstico de la infección. La variable “seropositividad” se amplifica negativamente cuando va acompañada de otras variables como puedan ser clase socioeconómica desfavorecida, pertenencia a un colectivo excluido socialmente, asociación de patología psiquiátrica, drogodependencia cronicada de mala evolución, estar o haber estado en una institución penitenciaria, dificultades para la reincorporación social/laboral o ser mujer. Por citar algunos ejemplos.



Recordemos de nuevo que un sistema sanitario es equitativo – y el nuestro por definición de la Ley General de Sanidad, lo es- en la medida que ofrece a toda la sociedad la misma oportunidad de recibir el procedimiento o servicio acorde con el nivel de necesidad que cada persona tiene dentro de dicha sociedad. Hablaremos por tanto de equidad positiva cuando la prevención, la atención y la reincorporación están pensadas y diseñadas especialmente para aquellos colectivos vulnerables, excluidos o desfavorecidos socioeconómicamente. Y hablaremos de accesibilidad cuando los esfuerzos no están orientados solo a variables biológicas (ser seropositivo o seropositiva) sino a una actuación conjunta “contra” las variables anteriormente citadas que puedan suponer barreras y una dificultad del usuario en el acceso a los sistemas públicos de salud y atención sociosanitaria.

En este sentido apuntaremos que aunque el Programa tenga un ámbito de aplicación regional, es fundamental señalar la necesidad de coordinar, apoyar y liderar iniciativas que se estén realizando desde distintos organismos e instituciones en el ámbito de la prevención y la asistencia del VIH-SIDA en otros países en vías de desarrollo, donde la magnitud de la epidemia tienen una magnitud y una repercusión dramáticas.

Normalización y reincorporación social de las personas afectadas

El estigma social hacia el colectivo afectado es todavía percibido en muchas escenas de nuestra vida ciudadana. No ha sido suficiente la difusión positiva en varios medios de comunicación, los esfuerzos de muchas personas, colectivos e instituciones o la implicación de amplios sectores de profesionales. Las personas afectadas aún tienen dificultades manifiestas para desarrollar sus tareas cotidianas como las desempeñan otras personas que también conviven con un proceso crónico. En un momento en que la calidad de vida es bastante aceptable desde un punto de vista “biológico”, la calidad de vida desde la “esfera social” es deficitaria por su dificultad en los procesos de reincorporación.

Un colectivo importante de personas a raíz de la implantación del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía va a sufrir modificaciones importantes en su calidad de vida. Un 74% de los seropositivos evaluados por el Instituto de las Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) antes del 26 de enero de 2002 obtuvo un grado de discapacidad de más del 64%. El porcentaje bajó al 41% entre los que se evaluaron después. La diferencia es importante: tener un 65% de discapacidad permite cobrar una pensión no contributiva, el único ingreso para muchas de estas personas. Se produce, por tanto, una divergencia entre su no inclusión como “discapacitados” desde un punto de vista biológico



cuando muchos de ellos siguen presentando una “discapacidad social” o mejor dicho, sigue persistiendo una “discapacidad de la sociedad” para su plena inserción social, laboral y económica.

Por otro lado uno de los grandes mitos desde los inicios de la epidemia como son la discriminación y marginación de muchos de los colectivos identificados como “grupos de riesgo” aún sigue vigente en sectores considerables de nuestra sociedad, en los cuales persiste una memoria colectiva trasnochada e ignorante de lo que es la seropositividad.

Y más importante desde un punto de vista de la salud pública: la visión reduccionista y estigmatizadora a estos colectivos de riesgo está en la base del mal funcionamiento o del pobre impacto que tienen distintos programas preventivos. El retraso en un diagnóstico precoz o la dificultad en la adquisición o mantenimiento de prácticas seguras (por ejemplo el uso del preservativo), está vinculado a la creencia de que una persona no solamente adquiere la infección, no solamente va a ser etiquetado de seropositiva sino que va a ser etiquetada de heroinómana, de homosexual o de promiscua. Es decir, no solamente va a formar parte de una enfermedad crónica sino que entrará a formar parte de uno de esos “grupos de riesgo” que aun no hemos sido capaces de desmontar de muchos de nuestros procesos mentales.

La importancia del trabajo multisectorial. Integrar los sistemas de información y evaluación en la programación de estrategias preventivas y asistenciales.

La importancia de realizar una actuación conjunta sobre variables biológicas y sobre variables psicosociales desde un punto de vista individual y comunitario ya ha quedado reflejada al destacar la importancia de la equidad y la accesibilidad. Es evidente – y esto ha quedado constatado desde los primeros casos de SIDA hasta el día de hoy – que para que esta actuación sea efectiva no solamente puede haber un cuerpo profesional implicado, sino que las estrategias tendrán que ser multidisciplinarias e intersectoriales, con estrategias complementarias, coordinadas y con una amplia participación comunitaria.

Por otro lado la vigilancia epidemiológica, más allá que un mero instrumento de recogida y procesamiento de datos y números sin sentido, es un proceso clave en el estudio de la magnitud, distribución y de los factores determinantes de un suceso determinado en una circunstancia temporal y geográficas concretas. El fin de la vigilancia no está en la simple presentación de aquellos datos o en la connotación negativa que tiene el mismo término “vigilar” sino en la reflexión de los sucesos y en el establecimiento de medidas que permitan corregir o



mantener una determinada situación de salud. Y el mantenimiento de la salud tiene siempre como objetivo final, no lo olvidemos, mejorar el bienestar integral de la sociedad en general y de las personas afectadas en particular. Un presupuesto básico en esta vigilancia epidemiológica es mantener la protección de la intimidad y la privacidad de los datos personales de las personas afectadas.

Históricamente se ha producido en muchos ámbitos una disociación entre qué se mide y cómo se mide y en las actuaciones posteriores. La epidemiología se convierte en valor añadido para los agentes que intervienen sobre el terreno y, al revés, las actuaciones clínicas o preventivas se convierten en valor accesorio para los epidemiólogos. Establecer un sistema integrado de trabajo implicando a todos los agentes que participan, establecer una coordinación entre las actuaciones y el estudio de factores determinantes o de las tendencias en población general o en poblaciones centinela o sobre la monitorización de prácticas de riesgo son algunos de los aspectos prioritarios del PAVSA. Como señala la Organización Mundial de la Salud en su documento “VIH-SIDA Estrategia mundial del Sector Sanitario” son necesarios: *“enfoques globales de la vigilancia de la salud pública para concertar vigilancia centinela y conductual y la vigilancia y la evaluación generales, vinculadas estrechamente con la programación de estrategias”*. En este marco también se encuadra la necesidad de un trabajo multidisciplinar y multisectorial.

Además, es necesario dotar a nuestras actuaciones de sistemas de evaluación, de investigación y de medida de la calidad. Es necesario disminuir la variabilidad y la incertidumbre a la que estamos expuestos en muchas de nuestras actuaciones profesionales, dotar a nuestros programas de la mejor evidencia científica disponible y habilitar indicadores de evaluación y de mejora continua de la calidad que faciliten un correcto funcionamiento de nuestro sistema sociosanitario en el ámbito del VIH-SIDA.

El trabajo con la comunidad y la accesibilidad a un sistema de prevención y asistencia de primera clase.

Para cerrar este capítulo haremos un comentario sobre dos aspectos que tienen plena relación con los temas tratados de equidad, accesibilidad, normalización y reincorporación.

El primer punto tiene relación con la necesidad del acceso a recursos preventivos y asistenciales de primera categoría. Como hemos visto, muchos recursos sociosanitarios (casas de acogida, centros de día) o preventivos (programas de intercambio de jeringuillas, programas de acercamiento) no se desarrollan por dispositivos



directamente dependientes de la Administración sino por asociaciones u organizaciones no gubernamentales a través de convenios de colaboración entre estas y la Administración.

El desarrollo de programas por este tipo de organizaciones tiene una serie de ventajas: la participación activa de la comunidad, la accesibilidad, la agilidad y la flexibilidad ante situaciones sociales graves, un compromiso histórico y social en terrenos –como las drogodependencias- en las que la movilización de los servicios públicos ha sido errática y lenta.

El segundo aspecto está íntimamente relacionado con el primero y tiene relación con el desarrollo de elementos de tecnología en prevención, asistencia y reincorporación social en igualdad de condiciones que otras tecnologías sanitarias de más reconocido prestigio biomédico. Es necesario ratificar que el impacto de salud del problema que estamos debatiendo es el mismo o mayor que en otros temas sanitarios que consumen muchos más recursos en nuestra comunidad autónoma. La priorización del gasto sanitario muchas veces tiende a orientarse a problemas no tanto por el impacto en resultados de salud como en términos de impacto social. Es preciso que contemos con la tecnología más avanzada, pero según la definición de Thomas la tecnología avanzada no es la utilización del equipo más caro y sofisticado para manejar la enfermedad del paciente, sino que la tecnología avanzada puede ser muy “simple”. Tecnología avanzada serían todos aquellos procedimientos por los cuales se ha llegado a conocer el proceso de la enfermedad y se ha desarrollado una actuación específica para contrarrestar la causa de la enfermedad.

Esto es lo que pasa en la prevención del VIH. Apostar por tecnología avanzada en la lucha contra el virus de la inmunodeficiencia humana es por un lado -desde luego- garantizar el acceso y la gratuidad de los nuevos tratamientos antirretrovirales, de procedimientos quirúrgicos o de vacunas preventivas cuando llegue el momento, pero es además, y sobre todo, invertir en prevención, desarrollar la promoción de la salud y la participación comunitaria, desarrollar la atención primaria e invertir en programas de prestaciones económicas o de programas para favorecer la reincorporación social y laboral de las personas afectadas.

Apostar por tecnología avanzada – siguiendo la definición citada de Thomas- es empezar a considerar en iguales términos de impacto social y de salud la entrega de un Sanikit en la calle a una persona drogodependiente que la realización de un trasplante hepático en un centro hospitalario regional de referencia. Ni más ni menos.

C a p í t u l o 5:

Objetivos y grandes líneas políticas de actuación



Como ya hemos apuntado el PAVSA es una herramienta de planificación estratégica que se desarrolla a partir de un proceso de reflexión y debate de distintos grupos de trabajo y del análisis cuantitativo de la situación de la epidemia en nuestra comunidad autónoma.

Teniendo en cuenta el análisis de situación realizado hasta el momento y de una forma global podemos definir los siguientes problemas:

- ⚡ La tendencia de la infección por VIH en nuestra comunidad autónoma parece seguir el rumbo de otros países de nuestro entorno y convertirse preferentemente en una infección de transmisión sexual.
- ⚡ En estos mismos países ha empezado a observarse un discreto aumento en otras infecciones de transmisión sexual y un abandono de las prácticas seguras para evitar la transmisión de las mismas. La población más joven aparece especialmente vulnerable debido a una menor percepción de riesgo en este aspecto.
- ⚡ La prevención en la otra gran vía de transmisión como es la sanguínea en usuarios de drogas por vía endovenosa es necesario mantenerla y reforzarla. Sin entrar en criterios alarmistas, los actuales patrones de consumo fluctúan con mucha rapidez en términos cuali y cuantitativos y es necesario establecer programas de prevención y educación, con base comunitaria, que puedan actuar con la suficiente agilidad ante nuevas situaciones. Existe una insuficiente coordinación entre las asociaciones que trabajan en prevención y los distintos niveles asistenciales y de gestión y planificación.
- ⚡ La monitorización de la epidemia ha de ser basándose en el nuevo número de infecciones por VIH. Existe un déficit en los sistemas de monitorización de conocimientos, habilidades y actitudes que nos darían valiosa información sobre el establecimiento y mantenimiento de medidas de protección por parte de la comunidad. Se mantiene una disociación entre el área epidemiológica y el área clínica asistencial.
- ⚡ Existe una sólida estructura de asociaciones que trabajan en el ámbito de la prevención y la asistencia pero la coordinación, la definición de objetivos y la gestión de recursos comunes es todavía mejorable.
- ⚡ Pese a no tener un estudio específico en la comunidad autónoma, los estimadores indirectos y distintos estudios nacionales, señalan un evidente retraso en el diagnóstico de la infección.
- ⚡ Existe poca homogeneidad en la coordinación entre niveles asistenciales, no se han puesto en marcha programas específicos para la adherencia a los antirretrovirales en las unidades de atención especializada al VIH-SIDA. Existe dificultad para el seguimiento de personas afectadas que utilizan distintos recursos asistenciales sociosanitarios y sobre todo en aquellas personas con comorbilidad psiquiátrica.
- ⚡ La formación de los profesionales es errática y las líneas de investigación sobre distintos aspectos de la enfermedad han de potenciarse.
- ⚡ El acceso a los recursos preventivos y asistenciales no es todavía realizado en términos de equidad: la condición socioeconómica, la existencia de drogodependencia con mal pronóstico, la variabilidad de las



prácticas clínicas por áreas sanitarias o estar en centros de internamiento específicos son algunos de los factores determinantes. No existe disponible información sobre la calidad en la atención a las personas afectadas o la satisfacción de los usuarios.

- ✚ Se perciben situaciones de discriminación a las personas afectadas sobre todo en el medio laboral y en aquellas personas con situación previa de internamiento en centros penitenciarios.
- ✚ La mortalidad por VIH-SIDA y la carga de años potenciales de vida perdidos es aún elevada en la población.

A partir de dicha reflexión se han elaborado unos objetivos generales de resultados. Para alcanzar estos objetivos se han propuesto tres líneas políticas que suponen el marco de actuación del Programa y a partir de las cuales, como en un árbol, se desarrollan las estrategias y las iniciativas. Estas iniciativas supondrán el punto de partida de unas actividades concretas durante los próximos cuatro años de desarrollo del Plan.

Este proceso lo habíamos presentado de forma gráfica en el **[Esquema 1]**.

Objetivos del PAVSA

Los objetivos generales de resultados son tres, y cada uno de ellos está compuesto por otros objetivos de carácter intermedio.

Objetivo General 1

Disminuir el número de nuevas infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en la población asturiana

- ✚ Disminuir las prácticas de riesgo de transmisión del VIH

Objetivo General 2

Mejorar la calidad asistencial a lo largo del proceso evolutivo de la infección por el VIH-SIDA.

- ✚ Aumentar el diagnóstico precoz de la infección.
- ✚ Disminuir la incidencia anual de casos de SIDA.
- ✚ Aumentar la adherencia a tratamientos antirretrovirales.
- ✚ Disminuir la tasa de incidencia de mortalidad atribuible por VIH-SIDA.



- € Disminuir los años potenciales de vida perdidos debidos al VIH-SIDA
- € Aumentar la calidad de vida de las personas afectadas con especial atención de aquellas personas en estadios avanzados de la enfermedad.

Objetivo General 3

Mejorar las condiciones sociales de las personas diagnosticadas de VIH-SIDA

- € Disminuir el número de personas diagnosticadas de VIH-SIDA en situación de riesgo social que no tienen acceso a prestaciones económicas.
- € Disminuir el número de personas diagnosticadas de VIH-SIDA en situación de riesgo social que no tienen acceso a programas de reincorporación social.
- € Aumentar el número de personas diagnosticadas de VIH-SIDA en situación de precariedad laboral incluidas en programas de reincorporación laboral.

El desarrollo de las tres líneas políticas de actuación

Los objetivos descritos marcan el horizonte de resultados positivos en salud hacia los que han de tender todas las iniciativas operativas que propone el PAVSA. La tendencia positiva para la consecución de estos resultados es el objetivo final del Programa para el 2007.

Los objetivos generales e intermedios se alcanzarán a través de tres grandes líneas políticas que son el eje central de este documento:

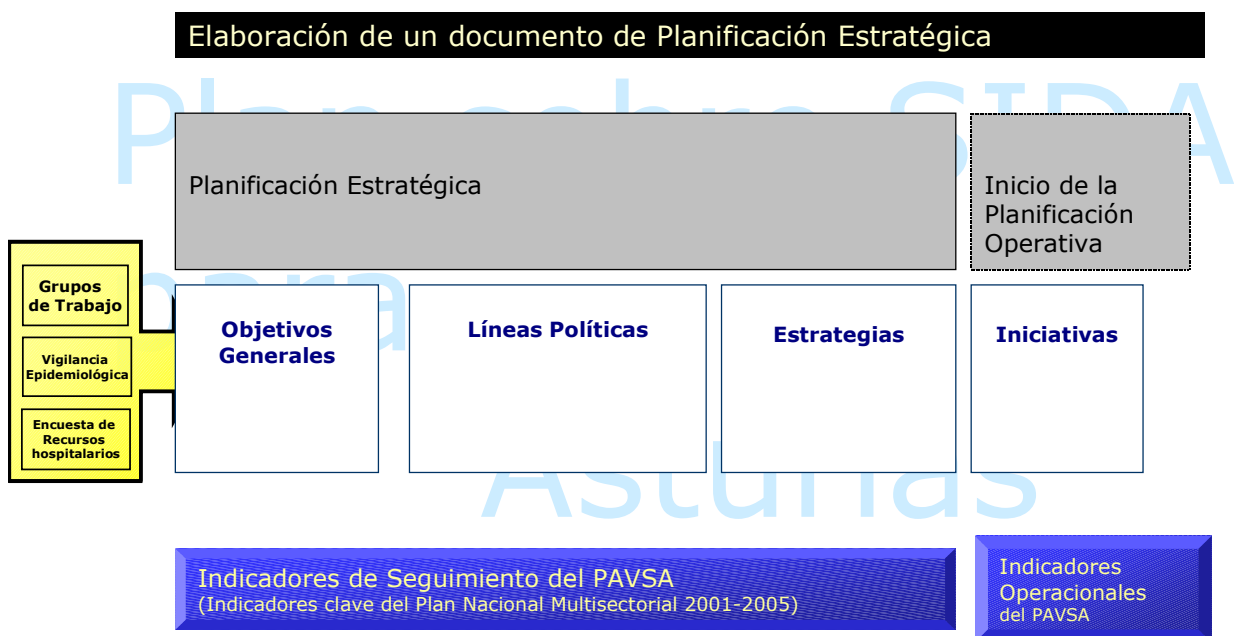
Línea política 1: Trabajar con la Sociedad para articular una respuesta social organizada frente a los problemas derivados de la infección por VIH-SIDA en Asturias

Línea política 2: Mantener las estrategias de prevención como un elemento prioritario y vincular los sistemas de vigilancia, investigación y evaluación con la programación de dichas estrategias



Línea política 3: Mejorar la asistencia sanitaria, y favorecer la reincorporación social de las personas afectadas

Cada una de estas líneas consta de una serie de estrategias, que a su vez se desagregan en una serie de iniciativas donde se proponen las actividades concretas a poner en marcha. Es por tanto, la implementación de estas iniciativas las que lograrán la realización de los objetivos generales e intermedios. [Esquema 2]



Esquema 2:

Se ha tratado de conseguir un equilibrio entre el peso específico de cada una de los distintos bloques (líneas políticas, estrategias e iniciativas) con el fin de dotar al documento de una homogeneidad final. De todas formas, es imprescindible señalar que muchas de las iniciativas están íntimamente relacionadas entre sí y que a veces incluirlas en una u otra línea política tiene un objetivo de dar funcionalidad y operatividad al documento.

El desarrollo de cada iniciativa supone el inicio de la planificación operativa y se realizará mediante una serie de actividades concretas y a través de distintos responsables. Todas estas iniciativas especificando quién es el



responsable de su desarrollo, en qué periodo de tiempo se plantea para su implantación, el presupuesto previsto y las ventajas y dificultades para su puesta en marcha se encuentran recogidas en un documento de planificación interna: *"Agenda de desarrollo de iniciativas del PAVSA 2003-2007"*.

Por otro lado es obvia la interrelación en muchos aspectos (sobre todo en los preventivos y de reincorporación) de este documento del PAVSA con el Plan sobre Drogas para Asturias aprobado por el Consejo de Gobierno el 10 de enero del 2002. Aunque quizás reste agilidad en la lectura del documento se ha optado por incluir las referencias a iniciativas comunes o complementarias entre ambos Planes. De la misma forma, hemos optado por seguir en la organización de los capítulos, un esquema similar al que ya presentó el Plan sobre Drogas.

Indicadores de seguimiento del PAVSA:

Los objetivos generales que establecen el marco del PAVSA son objetivos de resultados y para su monitorización y seguimiento se ha optado por un número básico de indicadores con la mayor correspondencia posible con algunos de los indicadores clave propuestos por la Secretaría del Plan Nacional en su documento de Indicadores del Plan Multisectorial 2001-2005.

De todas formas dentro de la *"Agenda de desarrollo de iniciativas del PAVSA 2003-2007"* se incluyen algunos de los indicadores operacionales propuestos para las actividades específicas. Dentro de estos indicadores de evaluación de las iniciativas se describen: herramienta de medida, descripción del indicador, periodicidad de la recogida del indicador y organismo responsable del indicador.

Teniendo en cuenta la extensión de los indicadores operacionales se ha optado por no incluirlos en este momento para no dificultar la lectura lineal de este documento.

Señalaremos a continuación la propuesta de indicadores básicos de seguimiento:

Indicador 1

Tasa de incidencia anual de infecciones VIH por millón de habitantes, categoría de transmisión, edad, género y área sanitaria.

Indicador 2

Prevalencia de la infección por VIH en la población interna en el Centro Penitenciario de Villabona.



Indicador 3

Porcentaje de la población de 15-21 años que usó siempre preservativo cuando tuvo relaciones sexuales vaginales o anales en los últimos doce meses.

Indicador 4

Porcentaje de la población de 15-21 años sexualmente activa que usó preservativo en la última relación ocasional

Indicador 5

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que refiere haber utilizado el preservativo en todas las relaciones con penetración anal realizadas en los últimos doce meses por tipo de pareja (pareja estable y pareja ocasional).

Indicador 6

Porcentaje de mujeres que practican la prostitución que utilizó el preservativo en todas las relaciones sexuales con penetración mantenidas con clientes en el último mes.

Indicador 7

Porcentaje de UDVP que ha compartido material de venopunción en los últimos 30 días.

Indicador 8

Porcentaje de UDVP que utiliza siempre preservativo en sus relaciones sexuales por tipo de pareja.

Indicador 9

Porcentaje de infecciones VIH en estadio clínico SIDA en el momento de confirmación del resultado positivo

Indicador 10

Tasa de incidencia anual de casos de SIDA notificados por millón de habitantes, número y porcentaje por principales categorías de transmisión.

Indicador 11

Prevalencia de mutaciones en el genoma del VIH asociados a resistencias.

Indicador 12

Número y porcentaje anual de casos de SIDA en adultos (> 13 años) que presentan tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar como enfermedad indicativa.



Indicador 13

Número de ingresos hospitalarios anuales de pacientes VIH-SIDA. (por centro hospitalario)

Indicador 14

Número de pacientes incluidos en el programa de cartera de servicios de Atención Primaria "Atención al paciente VIH-SIDA", anualmente y por Área Sanitaria.

Indicador 15

Número de pacientes vivos a seguimiento anual en cada centro hospitalario por Área sanitaria

Indicador 16

Número de pacientes a seguimiento anual que están recibiendo tratamiento antirretroviral por centro hospitalario.

Indicador 17

Número de ingresos anuales en centros de acogida ambulatorios y residenciales específicos para personas afectadas por el VIH-SIDA

Indicador 18

Número de personas VIH-SIDA que reciben tratamiento en centros de drogodependencias.

Indicador 18

Tasa de mortalidad anual por VIH-SIDA por 100.000 habitantes por género (cifras absolutas, tasas específicas por 100.000 y tasas estandarizadas).

Indicador 19:

Años potenciales de vida perdidos por VIH-SIDA (Tasa APVP, tasa estandarizada de APVP, %APVP y media de APVP).

Indicador 20:

Valoraciones anuales por minusvalía a personas afectadas VIH-SIDA (por género, rango de % de minusvalía y valoración permanente/revisable).



Indicador 21:

Número de personas VIH-SIDA con problemas de drogodependencia incluidas en programas de educación compensatoria por género y grupo de edad).

Indicador 22:

Número de personas VIH-SIDA incluidas en programas de formación ocupacional por género y grupo de edad.

C a p í t u l o 6:

Trabajar con la sociedad para articular una respuesta social organizada frente a los problemas derivados de la infección por VIH-SIDA en Asturias



Desde el primer momento de la epidemia, la infección por el VIH-SIDA se ha convertido en un problema de salud en el que se ha manifestado de forma paradigmática la necesidad de una atención integral (desde una perspectiva biopsicosocial) y una atención integrada (en el sentido de multidisciplinariedad y actuación coordinada). Para el desarrollo de esta doble perspectiva de atención, la participación de la comunidad, de la sociedad, ha sido determinante.

Haciendo un análisis comparativo con la teoría de sistemas, podemos definir la respuesta social organizada como un conjunto de elementos en interacción dinámica y en la que la posición de cada uno de estos elementos (asociaciones, personas afectadas, profesionales, organizaciones no gubernamentales, ayuntamientos, instituciones...) está determinado en mayor o menor medida por su situación respecto a cada uno de los otros. En este sentido y siendo el PAVSA el eje coordinador sobre el que giran todas las políticas de intervención en esta materia, es necesario establecer un natural equilibrio entre los agentes participantes para una consecución de resultados positivos en salud para el ciudadano y la comunidad. Por ello es crucial que el PAVSA sea un elemento de participación continuo, abierto, ágil y con el mayor respaldo posible en el terreno político y social.

La actuación de asociaciones, instituciones, organismos y movimientos ciudadanos ha sido determinante desde entonces hasta el día de hoy. El desarrollo temprano de muchas estrategias preventivas por parte de estas asociaciones ha sido vital debido a su accesibilidad, la prontitud de sus acciones y su crítico análisis de la realidad. Actuaciones a destacar en este sentido pueden ser la promoción del sexo seguro en los ambientes del colectivo gay o la puesta en marcha de los programas de intercambio de jeringuillas por los comités anti-SIDA. Este papel fundamental de las asociaciones puede ser también un arma de doble filo al estar muchas veces dotadas de recursos insuficientes, depender del voluntarismo y de la temporalidad de sus miembros. La reflexión y la mejora de algunos de estos puntos ha de tenerse en cuenta.

La efectividad de las estrategias de participación comunitaria está suficientemente evaluada y consensuada. Algunas de las ventajas que destaca la OMS tienen plena vigencia cuando hablamos de la respuestas social organizada contra el SIDA. La participación comunitaria mejora la cobertura, ya que potenciar el desarrollo social permite que a medio plazo un mayor sector de la sociedad acceda a los servicios sociales o sanitarios. Esto es también un mecanismo de fomentar la equidad, al participar los sectores sociales en procesos de solidaridad activa y responsabilidad compartida. Por otra parte establecer mecanismos de participación comunitaria supone una optimización de recursos (el perfecto engranaje del sistema arriba descrito) al mejorar la coordinación y las actividades y esfuerzos complementarios. Esto se traducirá en términos de eficiencia. Este establecimiento de objetivos comunes y la anulación de solapamientos institucionales producirá también ventajas en términos de efectividad.



Aunque la elaboración de estrategias para evitar la discriminación arbitraria y la estigmatización de las personas afectadas podría ser incluida en el capítulo de medidas para favorecer la reincorporación social, creemos que es importante incluirla en este momento por la importancia que tiene la respuesta social organizada y la participación comunitaria para mejorar la autosuficiencia de los individuos y de las comunidades y conseguir procesos de plena integración y normalización.

Un proceso importante para garantizar la participación y la coordinación es el conocimiento del qué se está haciendo, quién lo está haciendo y cómo se está haciendo. Así mismo es necesaria la difusión de la información sobre aspectos actualizados sobre la epidemia y garantizar una formación de calidad de todos los agentes implicados en la prevención, la asistencia y los procesos de reincorporación.

Estrategias básicas a desarrollar

Operativamente desarrollar la participación comunitaria supone el desarrollo de las estrategias de esta primera línea política del PAVSA: Establecer mecanismos de participación para mejorar la respuesta social e institucional, desarrollar líneas de trabajo para evitar la discriminación arbitraria, pautar mecanismos para la coordinación de las instituciones implicadas, establecer mecanismos de difusión sobre la situación y las actuaciones ante el VIH-SIDA en nuestra comunidad autónoma, y finalmente potenciar la formación de los profesionales y de los distintos agentes sociosanitarios que trabajan en este campo.

Estrategia 1

Establecer mecanismos de participación en la comunidad para mejorar la respuesta social organizada frente a la infección por el VIH-SIDA

✚ **Iniciativa 1:** Crear el Comité Asesor para la Prevención y la Atención de las Personas Afectadas por el VIH-SIDA en Asturias:

El Comité Asesor para la Prevención y la Atención a las Personas Afectadas por VIH-SIDA en Asturias estará constituido por distintos profesionales relacionados con el trabajo en este ámbito. Entre sus funciones estarán la de realizar una valoración actualizada de las necesidades y problemas detectados, monitorización de las distintas actuaciones, propuesta de mejoras y actuaciones y evaluación y seguimiento de distintas áreas del PAVSA .



Este organismo estará bajo la coordinación de la Dirección General de Salud Pública. Dentro de dicho Comité se crearán comisiones de trabajo específicas para el análisis de aspectos concretos relacionados con prevención, asistencia o reincorporación. Estas comisiones de trabajo, bajo la coordinación de miembros del Comité Asesor Regional, contarán con el apoyo de otros agentes clave en los respectivos temas objeto de estudio.

- ≠ **Iniciativa 2:** Establecer una red de trabajo colaborativo con las asociaciones y colectivos implicados en la prevención y asistencia:

El gran impacto social que ha tenido la epidemia es -como ya hemos señalado- uno de los principales motivos de la gran participación de ciudadanos y asociaciones. La mayoría de estos colectivos tienen un papel prioritario en el desempeño de distintos programas y actividades. Su análisis de la realidad, su accesibilidad, la necesidad del trabajo entre iguales y su agilidad para la puesta en marcha de actividades las hacen imprescindibles para el desarrollo de muchas de las iniciativas que se desarrollan en este Programa Regional de VIH-SIDA.

Se plantea una red de trabajo con todas las asociaciones que trabajan en este ámbito. Los objetivos de esta red sería la recogida de iniciativas comunes, promover la coordinación, promover estrategias complementarias y facilitar las iniciativas para una comunicación continua y permanente entre todas ellas a lo largo del año.

Es necesario establecer con ellas líneas específicas y concretas de subvención en aquellos programas comunes, dotarlas de recursos adecuados –incluyendo la formación– para el desarrollo de sus actividades y garantizar que sus actuaciones estén dotadas de la mejor evidencia científica disponible.

- ≠ **Iniciativa 3:** Facilitar canales abiertos, continuos y dinámicos para la participación ciudadana especialmente de los propios afectados:

El establecimiento de mecanismos de comunicación de los propios ciudadanos con los organismos e instituciones es uno de los ejes básicos de la participación comunitaria. Para que sean reales, estos mecanismos de comunicación tiene que cumplir el requisito de ser ágiles, dinámicos, continuos, bidireccionales, accesibles y por supuesto resolutivos.

En esta iniciativa se incluirían distintas actividades específicas como son potenciar los servicios de atención al paciente; análisis de los sistemas de sugerencias y reclamaciones; comunicación a través de medios en soporte electrónico (e-mail); teléfonos de atención al ciudadano y encuestas de satisfacción de las personas



afectadas. Así mismo se potenciará la existencia de estos canales en las distintas asociaciones y organizaciones no gubernamentales que trabajan en el ámbito del VIH-SIDA de forma directa o indirecta.

Estrategia 2

Desarrollar líneas para evitar la discriminación arbitraria y la estigmatización de las personas afectadas en los distintos ámbitos de la sociedad

Siguiendo las recomendaciones establecidas por ONUSIDA en el documento *“Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH”* se establece la necesidad de corregir cualquier medida que produzca distinciones en las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, confirmado o sospechado.

✚ **Iniciativa 4:** Desarrollar campañas contra el estigma y la discriminación:

Las estrategias de información y sensibilización orientadas a la población general o a poblaciones vulnerables sobre determinados problemas de salud siguen siendo necesarias. El crear un espacio colectivo de información y referencia sobre aspectos básicos fue fundamental en los primeros momentos de la epidemia y lo sigue siendo ahora. De todas formas, la información y la sensibilización para mejorar la normalización de las personas afectadas ha de ser complementado con otro tipo de acciones que consigan la adquisición de comportamientos y actitudes que la mera información muchas veces no consigue.

El estigma y la discriminación son los principales obstáculos a una prevención y atención del VIH-SIDA eficaces y a una reincorporación efectivas. En líneas generales como señala ONUSIDA: *“El temor a la discriminación puede impedir que las personas soliciten tratamiento contra el SIDA o reconozcan públicamente su estado serológico respecto al VIH. Las personas infectadas o presuntamente infectadas por el VIH pueden verse rechazadas por los servicios de atención de salud, quedarse sin vivienda y empleo, ser evitadas por los amigos y colegas y verse privadas de la cobertura del seguro, o se les puede denegar la entrada a países extranjeros”*.

Este tipo de campañas anuales se desarrollarán en el contexto de las dos campañas mundiales propuestas por ONUSIDA para los años 2002 y 2003 bajo el lema: *“Estigma y discriminación: Vive y deja vivir”*. Algunos de las actividades a desarrollar serían: difusión de materiales informativos, la realización de actos públicos



conjuntos por distintos colectivos, la participación de agentes clave de nuestra comunidad autónoma y la participación activa de los medios de comunicación social.

- € **Iniciativa 5:** Fomentar la formación de los delegados de prevención en el conocimiento, seguimiento y cumplimiento de la normativa vigente en el medio laboral respecto a las situaciones de discriminación arbitraria:

El cumplimiento de la normativa vigente y la vigilancia de situaciones de discriminación en el medio laboral es una aspecto básico para la normalización de los afectados. El establecer un contenido básico al respecto en la formación de los delegados de prevención es una de la primeras actuaciones a desarrollar.

Entre los contenidos de formación se incluirían los siguientes ítems que se consideran situaciones de discriminación arbitraria: La realización de pruebas obligatorias del VIH antes de la contratación, la realización de pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo, la realización de preguntas relacionadas con el estado serológico respecto al VIH /SIDA y/o el modo de vida en los formularios o durante la entrevista de trabajo, la falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH-SIDA, el despido o cambio(s) en las condiciones de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH-SIDA, restricciones por razón del estado serológico respecto al VIH-SIDA (por ejemplo: ascensos, ubicación del trabajo, formación y/o prestaciones laborales), denegación de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH-SIDA.

- € **Iniciativa 6:** Fomentar el papel de los comités de bioética en la formación, cumplimiento y seguimiento de la posible existencia de situaciones de discriminación arbitraria en el medio sanitario:

La aparición de la bioética se establece por la necesidad de la comunidad científica de hacer frente a preguntas y problemas planteados ante los progresos biomédicos y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores.

Los comités de bioética son estructuras de diálogo multidisciplinar abierto y éticamente plurales donde se pretende resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se pueden producir en la práctica clínica cotidiana o en la investigación clínica. Pueden existir distintos niveles de comités de bioética: comités encargados de velar por la calidad de la investigación, comités de ética asistencial, comités nacionales o comités limitados al ámbito asistencial.



La implantación de los comités de bioética aún no está generalizada en todo nuestro sistema sanitario. Uno de las principales dificultades para esta implantación puede estar en la carencia de una filosofía sobre la importancia de la bioética en la asistencia sanitaria y en la ausencia de un liderazgo para el desarrollo de esta disciplina.

Desde el PAVSA se plantea el apoyo de los comités de bioética hospitalarios existentes y el apoyo para la creación de un comité de bioética por cada Área Sanitaria. Sería idónea la participación de profesionales de atención especializada y atención primaria en estos comités y garantizando la incorporación de profesionales de ámbitos de la educación y de la Universidad. Estos comités procurarán resolver los conflictos éticos que se plantea en la asistencia y la elaboración de protocolos asistenciales en los casos en que sea necesaria una política asistencial, por la dificultad del problema o por la frecuencia del mismo.

Las principales líneas de trabajo de los comités de bioética en los temas referentes al VIH-SIDA serían: Denegación de tratamiento o acceso a determinados tratamientos por razón del estado serológico respecto al VIH-SIDA; tratamiento diferente o discriminatorios por razón del estado serológico respecto al VIH-SIDA; realización de pruebas del VIH sin conocimiento; requisito de un consentimiento informado; negativa a informar a una persona de los resultados de las pruebas que se le han realizado sobre el VIH; controles sanitarios, cuarentena, internamiento obligatorio y/o segregación en hospitales, centros de salud, residencias; existencia, en definitiva, cualquier tipo de actividad sanitaria que no tenga una recomendación científica plausible ni de evidencia para la prevención o control de la infección; falta de confidencialidad en el proceso de atención socio-sanitaria: incluyendo manejo de datos epidemiológicos del afectado, acceso a bases de datos específicas, manejo de historias clínicas, acceso a consultas o servicios de farmacia en atención especializada.

Corresponderá a dichos comités con el apoyo de los organismos pertinentes de la Administración y del Sistema Sanitario la formación en bioética de los profesionales del Área Sanitaria.

€ **Iniciativa 7:** Desarrollo de programas específicos de integración en el ámbito de la educación:

Quizás las estrategias de información y sensibilización antes señaladas donde más han conseguido una repercusión ha sido en la integración de niños y niñas seropositivos en el medio educativo.

De todas formas para evitar la ocurrencia de sucesos discriminatorios en este medio se plantean dos tipos de actuaciones:



- Una de carácter educativo a través del desarrollo de contenidos de formación de mediadores y alumnado. A través de los programas de educación en valores se incluirían contenidos encaminados a educar en la diversidad desde la igualdad; orientada a hombres y mujeres con sus diversidades –homosexual o heterosexual- y sus peculiaridades a la hora de expresarse sexualmente y basada en el respeto, en la convivencia y en la igualdad de géneros.
- Otra de carácter normativo evitando situaciones en las que se deniegue o dificulte el acceso a la educación por razón de estado serológico respecto al VIH-SIDA y estableciendo un sistema de reclamaciones a través del Defensor del Menor dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales.

☞ **Iniciativa 8:** Garantizar que el diseño, la ejecución y la evaluación de los distintos programas preventivos o asistenciales en el ámbito del VIH-SIDA se realicen desde una clara perspectiva de género:

Es necesario introducir la perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de todos los programas de prevención y de asistencia desarrollados en el ámbito del VIH-SIDA.

Se han de revisar todas las memorias y programas de manera que se asegure que se plantean desde la perspectiva de género y que todas las actividades desarrolladas se recojan los datos de las personas implicadas desagregados por sexo.

Se plantea esta estrategia no solamente en los programas directamente elaborados desde la Dirección General de Salud Pública, y concretamente desde el PAVSA, sino desde todas aquellas asociaciones, organismos o instituciones directa o indirectamente relacionados con la prevención, asistencia y reincorporación en el área del VIH-SIDA.



Estrategia 3

Establecer mecanismos para la coordinación de las instituciones de la administración implicadas

- € **Iniciativa 9:** Establecer dentro de la Dirección General de Salud Pública una estructura estable de coordinación y seguimiento del PAVSA:

Corresponderá a dicha estructura la coordinación, desarrollo, seguimiento y evaluación de las iniciativas incluidas en el PAVSA. Dicha estructura se encontrará vinculada a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

El desarrollo concreto de sus tareas viene definida en el documento *“Agenda de desarrollo de iniciativas del PAVSA 2003-2007”*.

- € **Iniciativa 10:** Establecer cauces de coordinación entre el PAVSA y otros organismos de la Administración del Principado:

Esta misma intersectorialidad determina que la ejecución de muchas de las iniciativas ha de ser desarrollada conjuntamente por otras instituciones autonómicas. Es por ello fundamental el establecimiento de un mecanismo de coordinación para establecer políticas firmes y consensuadas.

La coordinación ha de establecerse prioritariamente con las Consejerías de Educación y Cultura, Asuntos Sociales y Trabajo y Empleo.

- € **Iniciativa 11:** Establecer coordinación del PAVSA con otros planes regionales de nuestro entorno y con el la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA:

La coordinación de los distintos planes autonómicos sobre el SIDA se realiza desde el Ministerio de Sanidad, a través de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. La representación de nuestra comunidad autónoma en dichas reuniones de coordinación, la participación en las líneas generales elaboradas a nivel central y la normalización de las estrategias y de los indicadores de evaluación supone el establecer un trabajo común que mejore los objetivos comunes de todos los planes sobre SIDA de nuestro Estado.



Estrategia 4

Establecer mecanismos de difusión sobre la situación y las actuaciones ante el VIH-SIDA en Asturias

€ **Iniciativa 12:** Edición y difusión de los distintos materiales informativos sobre actuaciones y situación el VIH-SIDA en nuestra comunidad autónoma:

La edición y difusión de estos materiales supone el establecer mecanismos de comunicación entre profesionales e instituciones que estén trabajando en el ámbito del VIH-SIDA desde distintos terrenos pero con actuaciones complementarias y sinérgicas. Por otro lado supone dotar de información a los propios ciudadanos sobre la situación actualizada de la epidemia y de los distintos recursos en funcionamiento en Asturias.

Los materiales por tanto a difundir serían la información epidemiológica elaborada la Dirección General de Salud Pública y por la Secretaria Nacional del Plan sobre SIDA y las guías de recursos socio sanitarios autonómicas.

Así mismo se distribuiría una Memoria anual sobre las principales actividades desarrolladas desde el PAVSA y por otras asociaciones o colectivos en el ámbito de la prevención o la asistencia. Otro contenido importante en esta difusión son las distintas líneas de investigación que desde distintos campos se están realizando en nuestra comunidad autónoma.

La difusión de estos materiales se establecerá de forma anual o bienal y así mismo se contará con un espacio *ad hoc* en la página web del PAVSA dentro del Servidor Web Oficial del Gobierno del Principado de Asturias.

€ **Iniciativa 13:** Establecer mecanismos de colaboración con los Medios de Comunicación Social para favorecer su papel como agentes de promoción de la salud:

El desarrollo del PAVSA ha supuesto el punto de partida de un trabajo conjunto entre técnicos de salud de la Dirección General de Salud Pública y los Medios de Comunicación Social (MCS). Se establece el papel de los medios de comunicación no solamente como meros difusores de información sino, teniendo en cuenta su formación específica y profesional, como verdaderos agentes y promotores de salud por las repercusiones que pueda tener el qué, el cómo y el cuándo de la transmisión de la información.



Se plantea la necesidad de mantener una comunicación abierta, ágil, dinámica y bidireccional entre los MCS y el PAVSA. En esta comunicación se incluirían aspectos como: actualizaciones epidemiológicas sobre la enfermedad, atención socio-sanitaria y novedades terapéuticas, promoción de actividades de interés y actividades de asociaciones y de ámbito comunitario. Tendrían prioridad en su difusión toda aquella información relacionada con noticias en el ámbito regional.

Se propone facilitar un directorio actualizado al menos cada dos años sobre los principales agentes de atención socio-sanitaria en nuestra región. Este directorio incluiría: Centros de atención sanitaria especializada y responsables médicos por área sanitaria; recursos sociales específicos de atención a las personas afectadas; asociaciones existentes en nuestra región y actividades que desempeñan las mismas y programas de prevención implementados para la prevención del VIH-SIDA y responsables de los mismos.

La finalidad de proporcionar a los medios una visión del “quién es quién” en la atención y prevención del VIH-SIDA facilita la accesibilidad de los mismos a distintas fuentes de información. Si dicha fuente de información son las propias asociaciones de afectados o de instituciones que trabajan directamente con afectados se conseguiría una visión más cercana del problema y reflejando las perspectivas y necesidades del usuario.

Para establecer esta comunicación bidireccional se propone la utilización de otros instrumentos además de los utilizados hasta ahora (como son la rueda de prensa). Algunos de estos instrumentos incluirían acceso desde página web, información actualizada a través de mail-alert o grupos de noticias y sesiones de trabajo conjuntas sobre temas específicos.

€ **Iniciativa 14:** Realizar un informe bienal completo de seguimiento y evaluación del PAVSA:

El PAVSA no es un documento técnico aislado y circunscrito a un momento temporal. Para ser un instrumento eficaz de planificación estratégica ha de ser dinámico, renovado y sometido a un continuo debate por la sociedad. De la misma forma la evaluación de los objetivos de resultados o de las actividades desarrolladas en cada iniciativa no han de quedar relegadas a información administrativa sin valor alguno.

Para ello se plantea la realización de forma bienal de un informe-resumen sobre las principales actividades desarrolladas desde el Programa y sobre los principales resultados de evaluación de las mismas. La elaboración de dicho informe se realizará desde el PAVSA con el apoyo de los organismos competentes y ejecutantes del mismo y la difusión será a todos los agentes sociosanitarios que ya hemos ido describiendo en las iniciativas anteriores.



Estrategia 5

Potenciar la formación de los profesionales y de los distintos agentes sociosanitarios en materia del VIH-SIDA

- € **Iniciativa 15:** Diseñar un programa integrado de formación conjuntamente con los distintos organismos e instituciones

Algunas de las líneas prioritarias de formación ya han sido expuestas en el grupo de trabajo de formación del documento de "Proceso de reflexión y debate con la sociedad". Este programa de formación ha de ser articulado y ordenado desde los nuevos organismos sanitarios responsables de la formación según el Decreto 12/2002 y el Decreto 13/2002 de 8 de Febrero, donde se regulan respectivamente el Área de Formación bajo dependencia directa de la Dirección de Atención Sanitaria (Artículo 14 del Decreto 12/2002 de 8 de Febrero) y la Unidad de Formación de la Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana (Artículo 19 del Decreto 13/2002 de 8 de Febrero).

Así mismo el consenso de este programa ha de establecerse con otros organismos vinculados a la formación como son las sociedades científicas (de Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Microbiología y Enfermedades Infecciosas, Pediatría y Ginecología y Obstetricia, Enfermería, Farmacia, etc...), otros colectivos profesionales y determinados sectores de la Universidad.

- € **Iniciativa 16:** Desarrollo de programas de formación específicos para los distintos agentes socio-sanitarios que intervienen en el PAVSA:

Una vez desarrollado el programa formulado en la iniciativa anterior es necesario articular dichas líneas generales de formación en la formación específica de los distintos agentes sociosanitarios que intervienen en la ejecución del PAVSA. Esta es una iniciativa compleja y ambiciosa y su desarrollo ha de ser coordinada desde el PAVSA y ejecutada desde distintos ámbitos y con cofinanciación múltiple por los organismos implicados.

Entre estos agentes se encontrarían: profesionales sanitarios (médicos de atención especializada encargados de las unidades de enfermedades infecciosas, enfermería y auxiliares de enfermería de las consultas externas de dichas unidades, profesionales de atención primaria; profesionales de las unidades de tratamiento de toxicomanías y de comunidades terapéuticas; profesionales de las unidades de ITS, de los centros de



orientación familiar, de los servicios sanitarios del Centro Penitenciario de Villabona, de las consultas de embarazo de alto riesgo, de los servicios de microbiología y de los servicios de prevención de los hospitales y empresas); técnicos de salud de cada una de las áreas, profesionales de la Dirección General de Salud Pública y específicamente a los técnicos integrantes del PAVSA. Se incluiría así mismo el personal sanitario en periodo de formación pregrado o postgrado y personal sanitario que trabaja en asociaciones/ONGs/Fundaciones relacionadas con el PAVSA . La formación iría destinada al colectivo de trabajadoras sociales (fundamentalmente trabajadoras sociales de unidades de trabajo social de los centros sanitarios, atención primaria, servicios municipales, Centro Penitenciario y asociaciones/ONGs/Fundaciones); formación del personal y voluntarios de distintas asociaciones que también desarrollan tareas relacionadas en la lucha contra el VIH-SIDA; formación a personal de los centros educativos; profesionales de farmacia; profesionales de los medios de comunicación social; delegados de Prevención y formación a los trabajadores sanitarios en relación a accidentes biológicos.

Algunos de los contenidos concretos de esta formación incluirían: Aspectos diagnóstico-terapéuticos de la enfermedad; aspectos relacionados con el counseling (petición pre-prueba, consejo post-prueba y consejo breve estructurado); contenidos microbiológicos relacionados directa o indirectamente con la infección; aspectos relacionados con la comunicación para el “encuentro clínico ampliado” (entrevista clínica, entrevista motivacional); aspectos de la esfera psicológica relacionados con el VIH-SIDA; aspectos relacionados con el abordaje integral de las drogodependencias; aspectos éticos y legales (confidencialidad en el proceso de atención al paciente VIH-SIDA); recursos socio-sanitarios existentes en cada área sanitaria; recursos para la reinserción socio-laboral y prestaciones económicas disponibles para la población afectada.

Además de los mecanismos habituales de formación se plantean nuevas iniciativas: Boletines informativos periódicos, sesiones formativas, sesiones entre niveles asistenciales, sesiones clínicas en el propio centro de salud, sesiones bibliográficas y rotaciones clínicas formativas.

C a p í t u l o 7:

Reforzar las estrategias de prevención como un elemento prioritario y vincular los sistemas de vigilancia, investigación y evaluación con la programación de dichas estrategias



La prevención de la transmisión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana ha sido y será un elemento determinante en el control de la epidemia. Las vías de transmisión de la infección quedaron descritas de forma casi definitiva en 1984, mientras que la introducción del primer tratamiento antirretroviral –el AZT- se introduce en 1987 aunque los verdaderos éxitos terapéuticos sólo se inician con la introducción de los fármacos antirretrovirales de gran actividad y de los inhibidores de la proteasa en 1996 y 1997. Este intervalo de tiempo es importantísimo para reflexionar sobre la importancia de la instauración de estrategias preventivas lo más ágilmente posible, teniendo en cuenta la dificultad para el desarrollo farmacológico en una enfermedad compleja como es el SIDA.

Paralelamente a la definición de los mecanismos de transmisión (vías sexual, vía sanguínea y transmisión vertical de madre a hijo) la movilización de muchos sectores activistas supuso un elemento clave para la implantación de políticas preventivas. La introducción de nuevas políticas, la difusión de materiales preventivos, la transmisión de información sobre las vías de infección y la modificación de comportamientos promovidos por estas organizaciones ciudadanas ha supuesto un hito en lo que es la participación de la comunidad en actuaciones de promoción de la salud.

Como ya hemos apuntado al describir la evolución de la epidemia en España y en Asturias en el capítulo 3, la principal vía de transmisión ha sido la sanguínea con la afectación de usuarios de drogas por vía endovenosa. La introducción de programas preventivos en este colectivo (aportándoles materiales para prácticas estériles en la venopunción), la diversificación de estos programas (realizando intercambio de este material en la calle, dispensándolo a través de la red de farmacias o recientemente en el medio penitenciario) y la ampliación en la oferta de tratamientos terapéuticos en las drogodependencias (como los programas de dispensación de metadona, el abordaje integral y la prevención en las recaídas) han sido algunas de las líneas más importantes de prevención en este sentido. Otro aspecto determinante ha sido el descenso de consumo de sustancias ilegales por vía endovenosa en gran medida por derivación al consumo por vía inhalada.

Pero la prevención de la infección en usuarios de drogas no ha de descuidarse. La variación en la práctica de consumo puede estar sujeta a distintas variables como la disponibilidad o el precio de las sustancias ilegales en la calle o al inicio del consumo en edades más tempranas (con la mayor probabilidad de adopción de prácticas de mayor riesgo). Tendencias observadas en algunos países anglosajones con un repunte en el consumo endovenoso, en colectivos excluidos y en edades más jóvenes son indicadores que nos hacen preciso mantenernos alerta y estabilizar y potenciar las estrategias de prevención señaladas unas líneas más arriba.



La vía sexual es la que “parece puede determinar el futuro” de la epidemia. Se ha observado un aumento de la vía sexual en los casos diagnosticados en el año 2001 y esta tendencia es reflejada en otros estudios en países de nuestro entorno ya citados. Esta tendencia puede estar ligada al abandono en la percepción de riesgo de lo que supone la transmisión de la infección por vía sexual: suponiendo un abandono de prácticas de sexo seguro en colectivos que históricamente ya las habían adoptado y no produciéndose la adopción de estas prácticas de sexo seguro en otra población más joven que no han convivido con los primeros años de la epidemia.

Respecto al tercer área de prevención que sería la transmisión vertical (madre-hijo), la situación parece muy favorable, pero sigue siendo preciso el establecer un diagnóstico precoz, favorecer la universalidad de la serología VIH en las mujeres gestantes acompañándola siempre de “counselling” y ofrecer una resolución adecuada al embarazo según la decisión de la mujer.

Estableceremos por tanto en esta línea política la importancia del desarrollo de la prevención desde varios ejes. El primer eje sería la necesidad de desarrollar intervenciones específicas adaptándolas a las necesidades de determinados colectivos. El segundo eje sería la combinación de intervenciones desde un ámbito individual y desde un ámbito poblacional. El tercer eje consistiría en actuar en diversos escenarios, es decir, desde centros sanitarios, medios de comunicación, la calle o programas de cooperación al desarrollo, por citar unos ejemplos. En el cuarto eje nos centraríamos en el matiz de los contenidos: no solamente se trataba de desarrollar estrategias preventivas de información o sensibilización sino de dotar de actitudes y habilidades a las personas para que desde su auto eficacia e independencia adopten medidas preventivas y abandonen comportamientos de riesgo.

Por otra parte es necesario destacar la importancia de los sistemas de vigilancia epidemiológica. Desde un punto de vista de salud pública y salud comunitaria es fundamental tener información sobre la incidencia de las infecciones, es decir, disponer de datos sobre la ocurrencia de nuevas infecciones en un contexto determinado de tiempo y espacio. Así mismo es necesario conocer la ocurrencia de estas nuevas infecciones en subpoblaciones especialmente vulnerables y desde el punto de vista preventivo disponer de un sistema de monitorización sobre los conocimientos, las prácticas y las actitudes de estas poblaciones. Toda esta información ha de hacerse preservando la intimidad y la confidencialidad en el sistema de notificación y protegiendo los derechos de las personas afectadas en los datos de carácter personal.

En este sentido tenemos que integrar de una forma ágil y dinámica la importancia de los datos aportados por los sistemas de información en la programación y desarrollo de estrategias preventivas (de la misma forma, aunque sea un tema desarrollado en el capítulo siguiente, la necesidad de utilizar los sistemas de información de uso de recursos sanitarios para adecuar la atención a las personas afectadas).



El desarrollo de líneas de investigación y la coordinación de las mismas es el elemento final para desarrollar este apartado.

Estrategias básicas a desarrollar

Operativamente consideramos las siguientes estrategias: Establecer y amplificar las líneas de prevención en distintos ámbitos comunitarios, establecer y amplificar las líneas de prevención en distintos ámbitos asistenciales, potenciar y diversificar los programas de acercamiento y de reducción de riesgos y, por último, establecer sistemas de vigilancia epidemiológica, investigación y evaluación vinculados al desarrollo de la prevención.

Estrategia 6

Establecer y amplificar las líneas de prevención en distintos ámbitos comunitarios

€ **Iniciativa 17:** Desarrollar iniciativas de prevención en el medio educativo²:

El peso específico y el esfuerzo que supone la implantación de esta iniciativa la dotaría de valor propio para incluirla como una estrategia. De todas formas la desarrollamos aquí para contextualizarla dentro del resto de líneas de prevención en el ámbito comunitario.

El desarrollo de esta línea de trabajo viene íntimamente relacionada con varias de las iniciativas incluidas en la Estrategia 6 del Plan sobre Drogas para Asturias y con varios de los objetivos del Programa Afectivo Sexual en el ámbito educativo.

Entre los puntos clave destacamos: la definición de un Proyecto Educativo para Asturias favoreciendo la incorporación de centros asturianos a la red Europea de Escuelas Promotoras de Salud; creación la figura del profesorado coordinador de educación para la salud en los centros educativos; desarrollo de la formación del profesorado en el ámbito de la prevención de drogodependencias y educación afectivo sexual; realización de convocatorias dirigidas a financiar programas de educación para la salud presentados por los propios centros escolares dentro de las prioridades establecidas por el Proyecto Educativo de Centro; desarrollo de programas

² El desarrollo de esta línea viene íntimamente ligado a la Estrategia 6 del Plan sobre Drogas para Asturias: "La educación como eje de las políticas preventivas" y con varios de los objetivos del Programa Afectivo Sexual en el ámbito educativo.



integrados y específicos sobre drogodependencias; promoción de metodología del trabajo entre iguales mediante talleres específicos de formación y elaboración de materiales; desarrollo de la formación de padres y madres a través de la escuela de padres; instalación de máquinas expendedoras de preservativos en aquellos centros participantes en el programa que cuenten con la aprobación del Consejo Escolar para esta actividad y edición y difusión de materiales del programa afectivo sexual.

€ **Iniciativa 18:** Desarrollar campañas específicas de prevención del VIH-SIDA en población joven.

Una primera línea de actuación a desarrollar en las estrategias de prevención es establecer mecanismos de información y sensibilización. El mantener un recuerdo continuo de qué es y cómo se transmite el VIH es necesario entre los jóvenes sobre todo insistiendo en los mecanismos de transmisión del virus y las prácticas de sexo seguro.

Estas campañas realizadas conjuntamente desde el PAVSA con otras asociaciones juveniles se realizarán priorizando que los principales destinatarios sean colectivos de jóvenes especialmente vulnerables: jóvenes en privación de libertad, jóvenes inmigrantes y jóvenes pertenecientes a minorías étnicas.

Estas campañas han de completarse con otras intervenciones preventivas y educativas —descritas en otras iniciativas de este módulo— en las que se aborde de forma más global la adquisición de comportamientos, creencias y actitudes positivas en salud.

€ **Iniciativa 19:** Establecer un trabajo conjunto con los medios de comunicación social para potenciar el papel de los mismos en estrategias de prevención:

La repercusión de los medios de comunicación social puede ser decisivo para la modificación o instauración de determinadas creencias en la sociedad.

Últimamente parece que las noticias de mayor impacto en los medios de comunicación social son aquellas relacionadas con aspectos más tecnológicos de la enfermedad como pueden ser los nuevos tratamientos antirretrovirales, aspectos epidemiológicos o nuevas líneas de investigación. Sin olvidarnos la importante tarea de los medios en la divulgación científica es necesario potenciar el papel de los mismos en la difusión de información y recomendaciones preventivas a la población general, adaptando las peculiaridades de cada medio en la transmisión de dicha información.



- ≠ **Iniciativa 20:** Apoyar la realización de talleres de prevención del VIH-SIDA en el Centro Penitenciario de Villabona:

En este sentido es de destacar la importancia de la experiencia de la Unidad Terapéutica y Educativa dentro del Centro Penitenciario de Villabona.

Como se señaló en el documento de Prisión y SIDA del primer documento del PAVSA, la existencia de un grupo de autoayuda de personas afectadas por el VIH-SIDA en el contexto más amplio de un Grupo de Salud tiene una repercusión fundamental sobre los estilos de vida de los internos. La efectividad de estos grupos en el sentido de mejora de calidad de vida, aumento de la adherencia al tratamiento antirretroviral, participación activa en lo que es el seguimiento de su proceso les da a este tipo de iniciativas pleno valor como un instrumento de promoción de la salud.

Cuando este proceso se realiza además en un “escenario” como es un centro penitenciario se convierte en una iniciativa pionera de reinserción del interno y de re-elaboración de los esquemas que sobre salud, prisión e integración se mantiene en muchos sectores de la sociedad.

En la iniciativa 34 del Plan sobre Drogas ya se indicaba la necesidad de realizar talleres de promoción de la salud en el Centro Penitenciario de Villabona. El desarrollo de estos talleres de promoción de la salud se inicia en la experiencia de un módulo libre de drogas con contenidos globales de prevención del VIH-SIDA y con metodología de grupos de autoayuda, promoviendo desarrollo de espacios de comunicación, desarrollo personal, autoeficacia y desarrollo de habilidades, es uno de las estrategias preventivas más importantes en el medio penitenciario.

Es necesario potenciar estos espacios, difundir las actuaciones a otros módulos- libres o no libres de drogas- y realizar una coordinación entre los agentes que estén trabajando estos temas dentro del medio penitenciario.

- ≠ **Iniciativa 21:** Elaboración de líneas de colaboración con programas de prevención y asistencia al VIH-SIDA en países en vías de desarrollo:

La situación de la epidemia a nivel mundial ha sido desarrollada en el primer documento del PAVSA. Aunque el impacto de este Programa esté ligado estrechamente a nuestro ámbito autonómico, desde un punto de vista de salud pública no podemos obviar la importante necesidad de potenciar y desarrollar líneas de prevención y asistencia en países socio-económicamente empobrecidos.



Desde el Gobierno del Principado de Asturias, las políticas de cooperación al desarrollo se desarrollan desde el Plan cuatrienal de Cooperación al desarrollo realizándose la coordinación de las distintas subvenciones desde el Área de Emigración, Inmigración y Cooperación al Desarrollo de la Consejería de Asuntos Sociales.

De todas formas desde el PAVSA se plantea la posibilidad de establecer líneas de colaboración técnica y financiera con distintas organizaciones que desarrollen programas de prevención (y asistencia) del VIH-SIDA desarrollados en estos países en vías en desarrollo y el PAVSA.

€ **Iniciativa 22:** Potenciar programas de prevención y formación de los trabajadores sanitarios en aspectos básicos sobre los accidentes biológicos y las medidas de precaución universal:

El contenido básico de estos programas de prevención y formación será propuesto desde el PAVSA y los organismos competentes de la Dirección General de Salud Pública. Dicha formación se desarrollaría de la siguiente forma:

- A través de los Servicios de Prevención: con módulos de formación específicos a los trabajadores del Hospital con el apoyo de las unidades de docencia hospitalarias.
- Se plantea la elaboración de material gráfico específico para su inserción anexa al contrato de trabajo.
- Con una supervisión y un seguimiento desde la coordinación de enfermería de cada planta, servicio o unidad asistencial hospitalaria.
- A través de la coordinadora de enfermería de los equipos de atención primaria y de los coordinadores de formación correspondientes.

Además del personal fijo de los centros sanitarios los principales colectivos a los que iría destinado serían entre otros: Trabajadores eventuales, estudiantes de ciencias de la salud en período de prácticas (enfermería y medicina fundamentalmente) y personal MIR



Estrategia 7

Aumentar la participación del sistema sanitario en los programas de prevención de la infección por el VIH

€ **Iniciativa 23:** Protocolizar las actividades de los centros de orientación familiar para mejorar la atención a la población joven:

Esta es una de las líneas de trabajo del Programa Afectivo Sexual en el ámbito comunitario. Aunque mantiene una doble vertiente asistencial y preventiva, la incluimos en el módulo de las estrategias preventivas por la importancia que tienen que desarrollar estos Centros en labores informativas y de “counselling” a la población más joven.

Las actividades que incluirán los Centros de Orientación Familiar (COFs) serían: Ser puntos de información y asesoramiento ante dudas relacionadas no solo con prácticas sexuales, medios contraceptivos o interrupción del embarazo, sino también para cualquier consulta sobre orientación del deseo sexual y cualquier otra cuestión relacionada con la sexualidad, no limitándose en ningún caso a la atención asistencial; estimular la frecuentación masculina para potenciar en los jóvenes su corresponsabilidad en las relaciones sexuales y la contracepción; garantizar la discreción y el trato adecuado que estimulen su utilización por parte de la población joven; ofertar un horario adecuado y tiempo de atención suficiente para cubrir la demanda; ofrecer atención inmediata en temas que impliquen urgencia (píldora postcoital); mantener contacto continuado con los centros de enseñanza y asociaciones juveniles y establecer formas de derivación por parte de estos.

Los COFs actualmente en funcionamiento están ubicados en Avilés, Gijón, Oviedo, Langreo y Mieres. Es necesario potenciar el desarrollo de los Centros de Langreo y Mieres para poder ampliar su oferta. Debe contemplarse también a medio plazo la apertura consulta joven en las áreas de Cangas del Narcea, Jarrio y Arriendas.

€ **Iniciativa 24:** Desarrollar el servicio de atención y educación sexual a jóvenes en la cartera de servicios de atención primaria:

Además de potenciar las actuaciones desde dispositivos específicos como son los COFs descritos en la iniciativa anterior, es necesario diversificar las estrategias de prevención a los jóvenes desde los centros de salud de la red de atención primaria.



En la cuarta edición de la Cartera de Servicios de Atención primaria del INSALUD (Madrid, 2001) se incorpora el servicio 318 de Atención al Joven, donde se incluye a toda persona entre 15 y 19 años que ha recibido información / consejo sobre utilización de métodos anticonceptivos y/o prevención de enfermedades de transmisión sexual. La cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud incluye un servicio de Atención y Educación Sexual a jóvenes con los objetivos de potenciar conocimientos y actitudes saludables ante la sexualidad; ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos; y prevenir las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el VIH).

Siguiendo estas líneas se plantea el desarrollo de un programa de la cartera de servicios de atención primaria para la atención y educación sexual en jóvenes que incluya criterios mínimos de oferta, especifique los sistemas de información y registro, defina la población diana y los criterios de evaluación anuales.

Las carteras de los Centros de Orientación Familiar y la que se incluya en la Atención primaria han de seguir las mismas líneas en la búsqueda de objetivos coordinados.

€ **Iniciativa 25:** Facilitar desde Atención Primaria el acceso al test de VIH con “counselling” previo y posterior:

La identificación de las situaciones de riesgo es una de las actividades fundamentales a desarrollar desde la atención primaria desde un punto de vista de prevención secundaria.

La elaboración de un protocolo para la identificación de situaciones de riesgo y la adquisición por parte de la población atendida de conocimientos, actitudes y habilidades sobre las prácticas preventivas tendría que ser común a todos los centros sanitarios de nuestra comunidad y tendría que ser ofertado en un contexto de entrevista clínica ampliada incluyendo consejo pre-test y post-test e información básica sobre la infección por VIH y otras ITS.

€ **Iniciativa 26:** Definir contenidos de educación para la salud en las consultas externas de atención al paciente VIH en Atención Especializada:

Desde un punto de vista del ámbito asistencial las consultas externas de las Unidades de enfermedades infecciosas es uno de los lugares claves donde enfocar la educación para la salud a las personas afectadas. El papel de la enfermería en la programación y desarrollo de actividades en este sentido es decisivo.



A través de esta iniciativa se potencia el papel de enfermería, describiendo los contenidos en educación para la salud que han de ofertarse y estableciendo procedimientos adecuados para ello. Los contenidos que han de incluirse son entre otros: Información general sobre el VIH; información sobre el tratamiento antirretroviral y estrategias para mejorar la adherencia; información sobre otras enfermedades asociadas y técnicas para el empleo correcto del preservativo.

- ✚ **Iniciativa 27:** Establecer un protocolo que garantice la universalidad de la prueba del VIH a todas las mujeres gestantes previo “counselling”:

Otro aspecto básico para el desarrollo de la prevención en el área asistencial es la necesidad de ofertar de forma universal e informada a todas las mujeres gestantes la realización de la prueba del VIH. Esta oferta se hará, prioritariamente, desde los siguientes centros: matronas de las Áreas Sanitarias, equipos de atención primaria; centros de orientación familiar; consultas de ginecología; unidades de ITS y centros de atención a drogodependencias.

Siguiendo las recomendaciones del documento de recomendaciones *“Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por VIH en la mujer embarazada”* elaborado en marzo de 2001 por Grupo de Estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, la Asociación Española de Pediatría, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y el Plan Nacional sobre el SIDA, se realizará identificación de la infección por VIH mediante serología en la mujer embarazada previo consentimiento informado; se realizará serología en el primer control de embarazo a todas las mujeres; si existen factores de riesgo, pareja VIH positiva o consumo de drogas vía parenteral, se controlará trimestralmente durante la gestación. Se realizará test en el parto en caso de embarazo no controlado o si no se ha realizado serología de VIH previamente. Al recién nacido, sólo se hará en el caso excepcional de que no haya sido posible hacer serología a la madre. En esta situación se debe solicitar la serología urgente. Toda realización de serología en el postparto supone un fracaso en la identificación precoz y limita el beneficio posible en la prevención de la transmisión vertical.

Ofertar la realización de la prueba implica en el contexto del “counselling” realizar una entrevista clínica ampliada que incluya un consejo pre-prueba y un consejo post-prueba. El consejo pre-prueba incluiría los siguientes requisitos: Voluntariedad, información completa, confidencialidad, asesoramiento y apoyo profesional. El consejo post-prueba incluiría la comunicación de los resultados, derivación o manejo según resultado y asesoramiento de conductas preventivas.



Para establecer este protocolo de forma adecuada se precisa integrar dicha actividad en la cartera de servicios de los centros antes referidos y la difusión del documento de recomendaciones citado entre dichos centros.

✚ **Iniciativa 28:** Establecer contenidos específicos de prevención en mujeres que se encuentran en centros de atención a drogodependencias:

Las mujeres con problemas de drogodependencias son unos de los colectivos más vulnerables tanto a la infección por el virus como a una peor evolución de su proceso en caso de ya estar afectadas.

Se incluirán por tanto actividades de prevención: técnicas de inyección segura, programas de sexo seguro e información sobre la transmisión vertical. Se realizarán también actividades de prevención para parejas serodiscordantes.

Dichas actividades se incluirían en la cartera de servicios de todos los centros de la red de atención a drogodependencias (programas de dispensación de metadona y programas libres de drogas).

Estrategia 8

Potenciar y diversificar los programas de acercamiento y de reducción de riesgos

✚ **Iniciativa 29:** Iniciar de forma piloto un programa de información sexual para jóvenes en los espacios de ocio nocturno³:

La formación de un grupo de medicación juvenil facilita la intervención en espacios nocturnos de ocio para realizar información sobre distintas drogas, realización de pruebas para la evaluación de la alcoholemia y análisis cualitativo de la composición de las mismas.

Todo este núcleo de actuaciones se complementara con información sobre métodos anticonceptivos, distribución de preservativos e información sobre los mecanismos de transmisión del virus de la inmunodeficiencia y de otras infecciones de transmisión sexual.

³ Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 41 del Plan sobre Drogas para Asturias: “Poner en marcha los fines de semana un programa piloto de reducción de riesgos en lugares de ocio y diversión frecuentados por jóvenes realizado a través de mediadores juveniles”



€ **Iniciativa 30:** Poner en marcha un programa piloto de reducción de riesgos en centros sanitarios⁴:

Los programas de reducción de riesgos han estado históricamente desarrollados desde fuera de los servicios sanitarios (con la excepción de alguna unidad de tratamiento de toxicomanías que sí los incorporaba en su cartera de servicios).

Se considera necesario ofertar programas de forma habitual en los centros sanitarios, incorporando actividades preventivas de diversa índole (dispensación de material de inyección estéril y preservativo, acceso a programas de sustitutivos, refuerzo de hábitos para la reducción de riesgos, intercambio del material utilizado, supervisión de tratamientos, actualización de vacunaciones y difusión sobre los recursos socio sanitarios existentes en el área).

€ **Iniciativa 31:** Diversificar y difundir el Programa Sanikit y los puntos de intercambio de jeringuillas⁵:

El desarrollo del Programa Sanikit en las farmacias y del Programa de intercambio de jeringuillas ha sido una de las iniciativas fundamentales para la disminuir la incidencia de nuevas infecciones a través del material de venopunción, tanto en la infección por el VIH como en las infecciones por Hepatitis B y Hepatitis C.

Es preciso mantener los puntos de intercambio que se realizan en Gijón, Oviedo, Avilés, La Felguera y Mieres; potenciar la dispensación del Sanikit en el mayor número de farmacias posible; establecer nuevos puntos de intercambio en centros de emergencia de nueva creación y favorecer los programas de trabajo de calle para la dispensación de este tipo de material. Así mismo es preciso perfilar estrategias de acercamiento para facilitar el acceso de determinadas minorías étnicas a estos programas.

€ **Iniciativa 32:** Extender los programas de acercamiento y de reducción de riesgos en personas que ejercen la prostitución:

El colectivo de mujeres que ejercen la prostitución ha sido uno de los grandes colectivos históricamente excluidos en las estrategias de prevención y asistencia por la dificultad en la accesibilidad que presentaban a los recursos sociosanitarios normalizados.

⁴ Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 40 del Plan sobre Drogas para Asturias: "Poner en marcha un programa piloto de reducción de riesgos en centros sanitarios"

⁵ Esta línea se desarrolla desde las iniciativas 38 y 39 del Plan sobre Drogas para Asturias: "Difundir y evaluar periódicamente la utilización del Sanikit" y "Aumentar los puntos de intercambio de jeringuillas mediante programas de trabajo de calle"



El desarrollo en nuestra comunidad autónoma de dos unidades de Enfermedades de Transmisión Sexual en Oviedo y Gijón ha sido un aspecto básico en la mejora de esta situación, convirtiéndose en puntos de referencia en la asistencia sanitaria pública de estas mujeres.

Pero la existencia de programas de acercamiento supone un paso adelante. A través de programas de trabajo de calle y de la formación de mediadoras dentro de las propias mujeres que ejercen la prostitución se consigue una facilidad en la difusión de materiales informativos sobre prevención y sobre recursos existentes en el área y se favorece la adquisición de habilidades y comportamientos para disminuir riesgos.

Actualmente estos programas se desarrollan sólo en Avilés y están en fase de inicio en Gijón. Al final del periodo de implantación se pretende la diversificación de estos programas en otras áreas (área V y área VIII) conectándolos con la ampliación de unidades de ITS en esas mismas áreas.

Así mismo se plantea diversificar la actuación a los colectivos de hombres que ejercen la prostitución facilitando, de igual forma que a las mujeres, su acceso al sistema sanitario y a los materiales preventivos.

€ **Iniciativa 33:** Editar materiales de prevención sobre la transmisión del VIH adaptados a las características socioculturales lingüísticas de las mujeres procedentes de otros países que ejercen la prostitución:

El gran porcentaje de mujeres que ejercen la prostitución en nuestra comunidad autónoma según las estimaciones cualitativas de los profesionales y las organizaciones que trabajan con estos colectivos, ha demostrado un aumento significativo de mujeres que proceden de otros países.

Es preciso adaptar los mensajes preventivos en este colectivo por lo que se propone —además de potenciar los programas de acercamiento como hemos hablado en la iniciativa anterior- la edición de materiales informativos adaptadas a las características socioculturales y lingüísticas de estas mujeres procedentes de otros países. La información de estos folletos iría siempre acompañada de una intervención educativa por los mediadores de los programas outreach.

€ **Iniciativa 34:** Iniciar programas de acercamiento para personas VIH-SIDA que se encuentran en la calle en situación de exclusión social:

La cronificación de la enfermedad ha supuesto la existencia de un perfil de afectado por el VIH-SIDA en el que se combinan una situación de drogodependencia cronificada y de mal pronóstico, una disfunción familiar y



social severa, patología dual y un agotamiento de los recursos existentes para su atención hasta el día de hoy. Muchas de estas personas se encuentran en una situación de franca marginación sin accesibilidad real a ningún recurso.

Estos programas, a través de un trabajo de calle, harían una función de intermediarios con otros dispositivos sociosanitarios ya existentes. Se realizarían, entre otras, funciones de atención de necesidades básicas de higiene y manutención, acceso a información y materiales preventivos, acompañamiento en gestiones administrativas y sanitarias y vinculación o derivación a otros organismos.

€ **Iniciativa 35:** Potenciar los programas de reducción de riesgos en el Centro Penitenciario de Villabona⁶:

La introducción de programas de dispensación de metadona y los programas de intercambios de jeringuillas es uno de los pasos fundamentales para disminuir la infección por VIH y otras enfermedades infecciosas dentro de la prisión. La puesta en marcha de estos programas supone el establecer una visión realista acerca del consumo de drogas dentro del medio penitenciario, adecuar estrategias acordes a dicha realidad y favorecer el acceso de las personas privadas de libertad a los mismos recursos a los que tienen derecho las personas no privadas de libertad.

Potenciar estos programas de reducción de riesgos, dotarlos de los recursos suficientes para su correcto desarrollo, establecer evaluación periódica de los mismos y adaptarlos a las necesidades de los usuarios son algunos de los puntos a tener en cuenta para el control de la epidemia en el medio penitenciario.

Desde el Programa Regional de VIH-SIDA se realizará un apoyo a este tipo de iniciativas y se tratará de normalizar los programas penitenciarios a los programas extrapenitenciarios.

€ **Iniciativa 36:** Incorporación progresiva de otras actividades en la reducción de riesgos en base a las necesidades de nuestra sociedad y de la nueva evidencia científica disponible⁷:

Es necesario mantener abierta una mentalidad abierta y científica sobre lo que supone el desarrollo de programas de reducción de riesgos. El cuestionamiento ético improcedente o la paralización de dichos

⁶ Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 42 del Plan sobre Drogas para Asturias: “Potenciar los programas de reducción de riesgos en el Centro Penitenciario de Villabona”.

⁷ Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 53 del Plan sobre Drogas para Asturias: “Aumentar la oferta de tratamientos sustitutivos a opiáceos de acuerdo con la evidencia científica y las normas jurídicas del momento”



programas por una presión social injustificada puede producir una demora imperdonable que tendrá repercusión en la gravedad y en la magnitud del número de personas afectadas.

El establecimiento de dispositivos específicos para la venopunción supervisada por profesionales, la dispensación de programas de otros agonistas opiáceos o los programas de dispensación controlada de heroína son actividades que habrá que tener en cuenta para valorar su implantación en los próximos años según la evidencia científica y las normas jurídicas del momento.

Estrategia 9

Establecer sistemas de vigilancia epidemiológica, investigación y evaluación vinculados al desarrollo de programas de prevención

≠ **Iniciativa 37:** Implantar de un sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH en Asturias basado en criterios estrictos de confidencialidad y anonimato:

Como ya hemos dicho en la introducción de este capítulo es necesario mantener un sistema de vigilancia SIDA y el desarrollo del PAVSA supondrá mantener este sistema de vigilancia y la mejora de la gestión del proceso de notificación de casos, para evitar la subnotificación; pero desde un punto de vista de salud pública es mucho más interesante el conocer la incidencia de nuevas infecciones.

Se trata por tanto de disponer de un sistema de información que permita conocer la incidencia, prevalencia, historia natural de la enfermedad, patrón epidemiológico y otras características sociodemográficas de las personas diagnosticadas de infección por VIH que permitan poner en marcha programas preventivos específicos de intervención para la reducción de riesgos y el control de la epidemia. Este sistema de notificación cumpliría las características pertinentes de los sistemas de información según normativa de la Ley 15/99 de 13 de Diciembre de Protección de datos preservando plenamente los derechos de las personas afectadas.

La existencia de un laboratorio central de referencia del VIH que recibe todas las muestras positivas de nuestra comunidad autónoma facilitará la posibilidad de establecer indicadores continuos para observar la disminución en el progreso de la infección.



≠ **Iniciativa 38:** Potenciar sistemas de vigilancia en poblaciones centinela:

Se trata de poner en marcha pequeños sistemas de vigilancia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en determinadas poblaciones a las que, por un lado, existe accesibilidad a una muestra de sangre o a un resultado serológico, y por otro son grupos en los que la magnitud del problema es mayor o indicativo de un cambio en el patrón epidemiológico de la enfermedad.

En nuestra región, como un sistema de estas características, se está realizando el Estudio anónimo no relacionado de la seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual. Dicho estudio se realiza de forma anual promovido por la Secretaría Nacional del Plan sobre SIDA y con la participación de las unidades de ITS de Gijón y Oviedo.

Otro tipo de sistemas vigilancia en poblaciones centinela que se plantean a lo largo del desarrollo del Programa Regional de VIH-SIDA serían: en donantes de sangre; en personas internas en medio penitenciario; usuarios de drogas en unidades de tratamiento de drogodependencias; usuarios de drogas en programas de intercambio de jeringuillas y mujeres embarazadas (a través de screening materno o screening en sangre de cordón).

≠ **Iniciativa 39:** Promover la creación de un Sistema de Notificación de Accidentes Biológicos en nuestra comunidad autónoma:

El registro de la Comisión Central de Salud Laboral del INSALUD y del Grupo Español de Registro de Accidentes Biológicos en Trabajadores de Atención de Salud (GERABTAS) se ha establecido desde 1993 como un sistema de recogida de datos común para todos los hospitales del INSALUD. Desde el Ministerio de Sanidad se ha informado de la pérdida de oficialidad de este registro con lo que a partir de ahora sólo se recogerían los casos que voluntariamente se deseen declarar al mismo.

Impulsado desde el PAVSA y coordinado por la Dirección General de Salud Pública, y con el apoyo de los Servicios de Prevención de los distintos centros hospitalarios se plantea la necesidad de mantener e impulsar este sistema de notificación para nuestra comunidad autónoma.



- € **Iniciativa 40:** Establecer una agenda con las principales líneas de investigación sobre VIH-SIDA desarrolladas en nuestra comunidad autónoma:

Son distintas y dispersas las líneas de investigación que se están desarrollando en Asturias sobre temas directa o indirectamente relacionados con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Desde el Comité Asesor para la PAVSA se realizará una agenda con todas las intervenciones que en esta materia y desde distintos sectores (asistencial, preventivo o de reincorporación) se están realizando en la actualidad. El objetivo de esta agenda es coordinar a los investigadores implicados, priorizar líneas de investigación, difundir líneas de subvención a los distintos proyectos investigadores y difundir los resultados de dichas investigaciones

- € **Iniciativa 41:** Potenciar líneas de investigación sobre conocimientos, prácticas y actitudes en los principales colectivos vulnerables:

Desde la Dirección General de Salud Pública y en colaboración con otros organismos se mantendrá y potenciarán líneas de investigación sobre conocimientos, prácticas y actitudes en los principales colectivos vulnerables.

Como hemos descrito al desarrollar los valores sobre los que afianzamos el PAVSA, es necesario establecer una coordinación entre los sistemas de vigilancia y evaluación y la programación de estrategias. El conocimiento de las prácticas habituales, preventivas o de riesgo, es un requisito fundamental para dotar de efectividad y eficiencia a nuestras actuaciones preventivas y asistenciales.

Dentro de esta iniciativa se incluye la monitorización de los conocimientos, actitudes y los comportamientos y prácticas sexuales de los hombres que tienen relaciones con hombres, entre la población de 15 a 21 años y en el colectivo de mujeres que ejercen la prostitución.

Capítulo 8:

Mejorar la atención sanitaria y favorecer la reincorporación social de las personas afectadas



Ya hemos descrito con más detalle en capítulos anteriores como la introducción de los nuevos tratamientos antirretrovirales desde 1996 ha supuesto un paso fundamental en la mejora de la morbilidad y en la calidad de vida de las personas afectadas. El impacto positivo en términos de salud global con la utilización de las terapias combinadas ha sido impresionante.

A partir de este momento también se han producido importantes cambios en el uso de los recursos sanitarios. El paciente VIH-SIDA centraliza el control de su enfermedad en el medio hospitalario, concretamente en la consulta de medicina interna (o en las Unidades de enfermedades infecciosas). El acceso a los antirretrovirales desde los servicios de farmacia hospitalaria, la complejidad en el manejo de estos fármacos y la existencia de pruebas diagnósticas (carga viral, por ejemplo) a las que sólo se accede desde la Atención Especializada son algunos de los puntos determinantes de que el médico internista haya pasado a ser el verdadero “médico de familia” del paciente VIH-SIDA y que la Atención Primaria haya perdido protagonismo en el control y seguimiento de esta enfermedad.

Pero también hemos tenido un cambio en el escenario de la atención al paciente dentro del mismo medio hospitalario. La disminución del número de ingresos ha producido que la atención se desarrolle fundamentalmente en las consultas externas, derivando por tanto –en líneas generales- de un modelo de atención basado en el ingreso en planta a un modelo de atención ambulatorio a través de las consultas externas.

Pero dentro de la atención existen otros escenarios que es preciso no olvidar. Según los datos presentados por la Secretaría Nacional del Plan de SIDA en la evaluación 1997-2000, la prevalencia del VIH en la población interna en Centros Penitenciarios de nuestro país se encontraba en el año 1999 en un 18,2%. La atención sanitaria dentro del Centro Penitenciario de Villabona se desarrolla desde la Dirección General de Asuntos Penitenciarios del Ministerio Interior. Esta diferenciación supone inicialmente unas peculiaridades en la organización, evaluación y normalización de los servicios médicos respecto a otros servicios sanitarios del resto de la comunidad autónoma.

Otro escenario al que ya nos hemos referido al hablar de los programas de reducción de riesgos es el de aquellas personas que ejercen la prostitución. Sigue siendo una población con dificultades para el acceso a los centros de salud de la red de atención primaria y posiblemente la diversificación de las unidades de enfermedades de transmisión sexual como las existentes en Gijón y Oviedo –complementadas con programas de acercamiento y de trabajo entre iguales- es el procedimiento necesario para aumentar la cobertura en la asistencia sanitaria de estas personas.



Desde un punto de vista de la reincorporación social ya hemos señalado también en el capítulo 3 el impacto negativo que ha tenido la estigmatización de los “grupos de riesgo” y la identificación de estar afectado o afectada con la pertenencia “automática” a uno de estos colectivos.

La evolución a cronicidad de la infección por el VIH también ha producido la selección de un grupo de personas en las que se han unido una serie de variables determinando un pronóstico muy desfavorable en su calidad de vida, no sólo desde una perspectiva biológica sino en términos de integración social y reincorporación laboral. El efecto sumativo de una drogodependencia de mala evolución, inadecuados o insuficientes recursos sociales, el brote de patologías psiquiátricas con un deterioro conductual y una disfunción generalizada de nuestra sociedad para la acogida de este tipo de personas han sido determinantes para la existencia de dicho colectivo excluido.

Este apartado anterior se suma a la aparición del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Las ONGs de atención a las personas afectadas advierten de que esta nueva regulación puede dejar sin pensión no contributiva a casi de la mitad de los beneficiarios. Es preciso tener en cuenta que los tratamientos antirretrovirales producen una rápida mejoría del sistema inmunológico y, una disminución en la utilización de los recursos sanitarios, pero que, desgraciadamente, los tratamientos antirretrovirales no facilitan una “respuesta generosa” de nuestra sociedad para la reincorporación laboral de estas personas con la misma rapidez y en igualdad de condiciones que otros enfermos crónicos.

¿Qué debemos hacer? Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, es necesario ordenar los recursos en la atención especializada, establecer la coordinación entre primaria y especializada, definir qué papel van a tener los equipos de primaria en la atención a largo plazo de estos pacientes y qué integración va a realizarse con otros servicios como puedan ser los de salud mental y los centros de atención a drogodependencias. Así mismo es necesario potenciar los servicios prestados desde los servicios de medicina interna coordinándolos con los realizados por otros servicios hospitalarios. Todas estas iniciativas irán encaminadas a realizar un correcto abordaje de la patología desde un punto de vista integral, integrado y atendiendo a la situación evolutiva de la enfermedad.

Es preciso establecer procesos de mejora continua de la actividad asistencial desarrollando herramientas cotidianas para una adecuada práctica clínica y desarrollando indicadores para la monitorización de dicha actividad.

Por otra parte es fundamental garantizar el acceso al diagnóstico y al tratamiento de todos los sectores de población y poner el énfasis en la mejora de la accesibilidad y de la atención en algunos colectivos en mayor



situación de riesgo social: personas en centros de atención a drogodependencias, internos en centros penitenciarios, personas en situación de exclusión económica, prostitución.

Es preciso establecer garantizar protocolos adecuados en la atención a las mujeres seropositivas embarazadas para garantizar un correcto seguimiento y una resolución de la gestación en los términos que la mujer decida.

Desde un punto de vista de la reincorporación social será preciso establecer distintas líneas de actuación: Establecer posibilidades de acceso a centros de acogida y a prestaciones económicas y elaborar iniciativas para el acceso y la reincorporación laboral. Todas estas líneas priorizadas en aquellos colectivos que ya hemos señalado en especial situación de exclusión social.

Como punto final destacar que todo el desarrollo y la ordenación de servicios, programas o prestaciones que se desarrollan en esta línea política no va ligado – en la mayor parte de los casos- a la creación de dispositivos específicos de asistencia o reincorporación. La integración y la asistencia ha de realizarse desde dentro de los dispositivos habituales y normalizados de la red, en igualdad de condiciones que otras enfermedades crónicas y sin establecer situaciones específicas de atención que sirvan para aumentar el estigma o la discriminación arbitraria.

Estrategias básicas a desarrollar:

99

Consideramos por tanto las siguientes estrategias: Desarrollar una red de centros y servicios de atención a la infección VIH-SIDA adaptados a las necesidades de las personas y la situación evolutiva de la enfermedad; establecer mecanismos formales de coordinación entre los diferentes servicios de atención; favorecer el acceso universal precoz a los servicios de diagnóstico y tratamiento; facilitar el acceso de las personas afectadas en situación de riesgo social a las diferentes prestaciones económicas existentes y favorecer los procesos para la incorporación al mercado laboral y , por último, establecer una política de calidad de los servicios de atención sanitaria a la infección VIH-SIDA.

Estrategia 10

Desarrollar una red de centros y servicios de atención a la infección VIH-SIDA adaptados a las necesidades de las personas y a la situación evolutiva de la enfermedad

€ **Iniciativa 42:** Definir programas integrados de atención a la infección VIH-SIDA en el área de salud



El establecimiento de un programa integrado se establece como una propuesta de ordenación de los recursos en la atención sanitaria y en la atención social para la atención a las personas afectadas.

Entre las distintas actividades incluidas en este programa piloto se encuentran:

- Definición de la unidad de enfermedades infecciosas (UEI); adecuar la composición de los equipos profesionales de dichas unidades; definir los procedimientos de enfermería en las consultas externas de las UEI y potenciar las actividades preventivas desde la consulta (como hemos visto en la iniciativa 27); mejorar la accesibilidad del paciente (consultas abiertas, acceso telefónico directo); garantizar la confidencialidad en todo el proceso asistencial; adecuar la atención psicológica y psiquiátrica; adecuar la actuación ante la co-infección VIH-VHC; mejorar la accesibilidad a los programas de reproducción asistida; establecer un sistema de información en dichas unidades y establecer una correcta coordinación mediante vías de práctica clínica con otros servicios hospitalarios (farmacia, ginecología y obstetricia, neumología, urgencias, trabajo social y unidades de hospitalización a domicilio).
- Establecer coordinación entre la UEI y los equipos de atención primaria. Esta coordinación se establecería a través de dos ejes: un eje operativo estableciendo un programa conjunto de atención al paciente VIH-SIDA para el área sanitaria donde se definan las actuaciones a realizar desde atención primaria y un segundo eje definiendo los objetivos complementarios de actuación a través de los contratos programas de primaria y especializada.

€ **Iniciativa 43:** Establecer servicios de apoyo para la realización de tratamientos supervisados de tuberculosis para enfermos con problemática social añadida.

La tuberculosis como problema de salud pública ha cobrado un resurgimiento en nuestro medio en el contexto de la epidemia de VIH-SIDA. Siguiendo las recomendaciones del *“Documento de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis”* publicado en junio del 2001 es necesario establecer mecanismos coordinados entre las instituciones sanitarias para establecer conjuntamente programas para el control de ambas infecciones.

Desde el Programa de Tuberculosis de la Dirección General de Salud Pública y siguiendo un trabajo con un grupo de expertos de nuestra comunidad autónoma iniciado en el año 2000, se plantea el establecimiento de un programa piloto. Dicho programa incluiría por un lado la definición de los procedimientos para una correcta



gestión de los casos de tuberculosis y el estudio de los contactos y, por otra parte, la implantación tratamiento supervisado para aquellas personas afectadas y con una problemática social añadida.

- € **Iniciativa 44:** Establecer servicios y recursos para la atención a personas con enfermedad avanzada y terminal con escaso apoyo sociofamiliar

La creación de la casa de acogida para personas en fase de situación avanzada de la enfermedad ha supuesto el apoyo para personas con SIDA sin soporte familiar adecuado para este período final. Dentro de este centro se ofertan: control sanitario y farmacológico; cobertura a las necesidades básicas en alojamiento, alimentación e higiene; apoyo y prestación psicológica; asesoramiento social y jurídico y rehabilitación física.

La evolución de la enfermedad ha supuesto que actualmente muchas veces el ingreso no sea sólo para enfermos terminales sino para pacientes con problemática social o para cuidados intermedios que tampoco son subsidiarios de permanecer ingresados en hospitales de agudos. El ingreso de estas personas suele ser temporal en base a la mejoría del proceso físico de ingreso o a la disponibilidad de otros recursos que son más pertinentes para su reincorporación social.

Es necesario por tanto redefinir los criterios de ingreso en este tipo de centros y adecuar los servicios adaptándolos a las nuevas necesidades presentadas por los usuarios (drogodependencias cronicadas y con mala evolución y coexistencia de problemática psiquiátrica).

Así mismo, es necesario incluir la necesidad de camas de cuidados intermedios en centros hospitalarios que brinden la oportunidad de ingreso del paciente desde un hospital de agudos hasta su traslado posterior a las casas de acogida.

- € **Iniciativa 45:** Individualizar el seguimiento y tratamiento de las personas afectadas con dificultad de acceso a los recursos asistenciales a través de la asignación de un profesional responsable de caso⁸:

La figura del profesional responsable de caso en el contexto de la infección por VIH-SIDA puede ir ligada, en muchas situaciones, a la del profesional responsable de caso en el ámbito de las drogodependencias. El responsable de caso sería *“un interlocutor estable, que establecerá una relación de conocimiento y confianza con el usuario, y que asegurará la continuidad asistencial entre diferentes redes y que le proporcione la ayuda*

⁸ Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 59 del Plan sobre Drogas para Asturias: *“Individualizar el tratamiento de los problemas de la persona mediante la asignación de un profesional responsable de caso”*



necesaria para poder escoger informadamente entre las opciones terapéuticas y sociales que ofrece el sistema aquellas mas adecuadas a su situación...”

El pilotaje de implantación de esta figura se realizaría en el contexto de la iniciativa 59 del Plan sobre Drogas y dentro del desarrollo de la definición de programas integrados de atención al VIH-SIDA en el área de salud, descrito en la iniciativa 43.

≠ **Iniciativa 46:** Facilitar el acceso a la red de salud mental de las personas afectadas que precisen atención psicológica o psiquiátrica:

La existencia de problemas de salud mental ha emergido con el aumento de la supervivencia de las personas afectadas.

Esto indica la pertinencia de realizar una correcta valoración psicológica y psiquiátrica paralelamente a la valoración biológica y social. Para ellos hay se implementarán protocolos dinámicos entre las UEI y los centros de la red de salud mental.

≠ **Iniciativa 47:** Desarrollar líneas de colaboración con aquellas asociaciones que desarrollen programas para el apoyo y la atención a las personas afectadas y sus familias:

Mucha de la atención integral que se realiza en este sentido -basada en grupos de auto ayuda o mediante apoyo psicológico individual- se viene realizando desde distintas asociaciones que desarrollan su función a través de acuerdos de colaboración con la Administración Pública (a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, la Consejería de Asuntos Sociales o a través de distintos Ayuntamientos).

Es necesario potenciar y desarrollar mecanismos de información, asesoramiento, formación y apoyo a las personas afectadas, sus familias y allegados como un elemento básico de implantación de habilidades de autoeficacia, autoestima, autogestión y capacitación.

≠ **Iniciativa 48:** Incrementar las plazas en centros de día para la atención integral a personas afectadas:

El desarrollo de centros de día para personas VIH-SIDA en los que el grado de afectación les permita mantener niveles adecuados de funcionalidad y autogestión permiten proporcionar una atención integral más



abierta y facilitan la reincorporación de una forma más ágil permitiendo un apoyo y un seguimiento integral orientado a una mejora en la calidad de vida desde una óptica clínica, social y ocupacional.

El desarrollo de estos centros de día puede estar orientado específicamente a personas afectadas de VIH-SIDA, o a otros colectivos con dificultad en el acceso a otros dispositivos (como puede ser el caso de población drogodependiente en situación de exclusión social). Dentro de estos centros se desarrollan distintas actividades: control y seguimiento sanitario y farmacológico (incluyendo programas de apoyo para el cumplimiento a determinados tratamientos); atención psicológica; asesoramiento social y jurídico; talleres ocupacionales y espacios donde tener acceso a servicios de higiene y manutención.

Desde el Programa Regional del VIH-SIDA se plantea la diversificación y el desarrollo de estos centros de día mediante acuerdos de colaboración con los ayuntamientos, asociaciones y organizaciones no gubernamentales que en la actualidad están desarrollando estos centros.

€ **Iniciativa 49:** Desarrollar centros de acogida de calor y café⁹:

En el Plan sobre Drogas para Asturias ya se desarrollaba la importancia de los centros de acogida calor y café. Los centros de acogida de calor y café o centros de emergencia son un escalón complementario al recurso que hemos presentado en la iniciativa anterior.

El objetivo básico es tratar de diversificar los distintos recursos y ofrecer una prestación acorde a la situación que el usuario presente en un momento determinado. En situaciones en las que el deterioro de una persona es muy grave en desde un punto de vista biológico, psicológico y social no podemos pretender que “él” se adapte a “nuestro” recurso sino que hemos de diversificar y establecer una amplia gama de posibilidades para disminuir las barreras y favorecer el acceso del usuario a los recursos desde donde se ofertarán determinadas prestaciones preventivas, sanitarias o simplemente de manutención mínima acordes a su situación actual.

Los centros de calor y café en este sentido trata de ser un espacio digno de acogida, donde se permita el descanso, cuidados mínimos, aseo, lavado de ropa, información sobre otro tipo de recursos, acceso a material estéril para la venopunción, acceso a preservativos, información sobre reducción de riesgos.

Otra función de estos centros de acogida sería la supervisión y el apoyo del cumplimiento de determinados tratamientos farmacológicos (tuberculostáticos o antirretrovirales).



Estos centros de día se están desarrollando actualmente desde organizaciones no gubernamentales o desde ayuntamientos. Desde el Programa Regional del VIH-SIDA y el Plan sobre Drogas se formalizarán acuerdos de colaboración para potenciar estas estructuras y diversificarlas a distintas localidades de nuestra comunidad autónoma.

Estrategia 11

Favorecer el acceso universal precoz a los servicios de diagnóstico y tratamiento

✚ **Iniciativa 50:** Establecer un protocolo para establecer una adecuada asistencia a las mujeres embarazadas seropositivas:

Una vez garantizada la universalidad de la serología del VIH en toda mujer gestante (como se ha descrito en la iniciativa....), este protocolo de coordinación facilitaría una correcta información y un acceso de las mujeres embarazadas seropositivas a centros para la interrupción legal del embarazo o a los protocolos de tratamientos antirretrovirales para la continuación del mismo según su decisión personal.

En el consejo post-prueba en caso de resultado positivo queda establecida la necesidad de informar a la gestante sobre la posibilidad de la interrupción legal de su embarazo. Si la mujer opta por la interrupción ha de establecerse un acceso rápido a los centros acreditados para la realización de la interrupción y garantizando un seguimiento especializado e integral de su situación.

Si la mujer gestante deseara continuar con su embarazo ha de establecerse una derivación a las consultas de seguimiento de embarazos de alto riesgo (dependientes de los servicios de ginecología y obstetricia de los centros hospitalarios de referencia) y a las Unidades de enfermedades infecciosas para iniciar el tratamiento antirretroviral adecuado.

La elaboración de este protocolo se realizaría siguiendo el documento de *“Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por VIH en la mujer embarazada”* elaborado en marzo de 2001 por el Grupo de Estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, la Asociación Española de Pediatría, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y el Plan Nacional sobre el SIDA.

⁹ Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 63 del Plan sobre Drogas para Asturias: *“Fomentar la creación de centros de día calor-café en zonas urbanas”*



La elaboración de dicho protocolo se establecería desde un grupo de trabajo coordinado desde el Comité Asesor Regional para la Prevención y Control del VIH-SIDA.

- € **Iniciativa 51:** Establecer un protocolo de actuación en todos los centros sanitarios ante situaciones de exposición accidental ocupacional al VIH:

Se propone la difusión e instauración de los Protocolos de Vigilancia Específica realizados por la Comisión de Salud del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En estos protocolos además de las actuaciones pertinentes que han de desarrollarse según la evidencia científica disponible es necesario establecer unos criterios para el seguimiento de los casos expuestos y de aquellos en los que se ha decidido iniciar pauta farmacológica de profilaxis (según los documentos de profilaxis post-exposición ocupacional propuestos por la Secretaría Nacional del Plan sobre SIDA).

- € **Iniciativa 52:** Facilitar el diagnóstico y el tratamiento a las personas que se encuentran en centros de atención a drogodependencias

Han de establecerse procedimientos para garantizar un correcto acceso a las pruebas diagnósticas y al tratamiento a aquellas personas que se encuentran en centros de atención a drogodependencias.

Para ello se plantean dos líneas de actuación:

- Por un lado desarrollar las prestaciones ofertadas desde los centros de atención a drogodependencias, incluyendo los siguientes programas: inmunización (tétanos, hepatitis A y B, y gripe); promoción de sexo seguro y educación a parejas serodiscordantes; promoción de venopunción segura; hepatitis C; adherencia a tratamientos y otros programas de educación para la Salud.
- Por otro lado desarrollar los procesos de coordinación pertinentes y una comunicación efectiva entre estos centros y las Unidades de enfermedades infecciosas del área sanitaria.

- € **Iniciativa 53:** Establecer un programa integral de atención a las infecciones de transmisión sexual en nuestra comunidad autónoma:

El mayor volumen de atención a las consultas relacionadas con las infecciones de transmisión sexual se realiza desde los dispositivos específicos existentes en Oviedo y en Gijón. Estas unidades facilitan además la accesibilidad de colectivos específicos como son las mujeres que ejercen la prostitución.



Bajo la coordinación de la Unidad de ITS del Hospital Monte Naranco se plantea la necesidad de establecer un programa integral que comprenda aspectos asistenciales, de vigilancia epidemiológica y de prevención. En dicho plan se definirían las líneas de coordinación de las Unidades de ITS con otros sistemas asistenciales como las Unidades de enfermedades infecciosas o la red de atención primaria y la coordinación con los programas de acercamiento que trabajan directamente sobre el terreno en temas de prostitución.

≠ **Iniciativa 54:** Establecer mecanismos para facilitar la atención sanitaria a las personas afectadas que se encuentran internas en el Centro Penitenciario de Villabona:

Actualmente el control de las personas afectadas que están internadas en el Centro Penitenciario de Villabona se hace mayoritariamente por las Unidades de enfermedades infecciosas (UEI) del Hospital Central de Asturias.

De la misma forma que en iniciativas anteriores se planteaba sistematizar la oferta de servicios de las personas que acuden a las UEI y a los centros de atención a drogodependencias, es preciso establecer mecanismos para realizar una correcta asistencia a los internos del Centro de Villabona. Algunos de estos mecanismos ya vienen regulados desde la Dirección General de Asuntos Penitenciarios, pero desde el Programa Regional del VIH-SIDA se establecerán las siguientes líneas:

- Mantener la coordinación existente entre los servicios médicos del Centro Penitenciario y las UEI del Hospital Central de Asturias.
- Mantener una correcta coordinación con los recursos sanitarios una vez el interno sea dado de alta en el centro penitenciario.
- Colaborar en la formación del personal funcionario (sanitario y no sanitario) del Centro en aspectos relacionados con prevención y asistencia de VIH-SIDA y Tuberculosis.



Estrategia 12

Facilitar el acceso de las personas afectadas en situación de riesgo social a las diferentes prestaciones económicas existentes y favorecer los procesos para la incorporación al mercado laboral

€ **Iniciativa 55:** Establecer un programa de atención de personas en riesgo social dentro de las carteras de servicios de los centros sanitarios:

La atención de personas en situación de riesgo social tiene un especial interés en el ámbito del VIH-SIDA por la existencia de un colectivo de personas en las que la infección coexiste con otras disfunciones económicas, físicas o sociales.

Se plantean por ello la inclusión de un programa dirigido a personas que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones incluidas en este programa irían encaminadas a la identificación de este colectivo, a la coordinación entre los distintos recursos existentes en el área sanitaria y a su seguimiento. Este programa se extendería a otros colectivos incluidos en la categoría de riesgo social.

La ventaja de la inclusión de este programa dentro de la cartera de servicios de atención primaria, UEI, centros de orientación familiar, unidades de infecciones de transmisión sexual o centros de día es la de establecer de forma protocolizada una herramienta de actuación, la de establecer unos criterios de evaluación afines a los de otras actividades eminentemente clínicas que aparentemente siempre tienen más peso en el quehacer cotidiano de la práctica sanitaria que las actuaciones en el ámbito sociosanitario.

Dentro de este programa de la cartera incluirían áreas de actuación preferente, criterios mínimos de oferta, población diana, sistemas de información e indicadores de evaluación. Dentro de los criterios mínimos de oferta se incluirían criterios complementarios a los propuestos por el Plan sobre Drogas para la población drogodependientes como son: establecimiento de alternativas para un alojamiento digno a personas afectadas en situación de exclusión social¹⁰ y establecer mecanismos de acceso de las personas afectadas en situación de riesgo social a las diferentes prestaciones económicas de tipo social existentes¹¹.

¹⁰ Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 68 del Plan sobre Drogas para Asturias: "Promover alternativas para el acceso a un alojamiento digno de las personas con problemas de drogodependencias".

¹¹ Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 67 del Plan sobre Drogas para Asturias: "Facilitar el acceso de las personas con problemas de drogodependencias en situación de precariedad a las diferentes prestaciones económicas de tipo social existentes"



≠ **Iniciativa 56:** Facilitar a las personas afectadas en situación de riesgo social el acceso a las prestaciones económicas existentes:

Ya hemos señalado como la entrada en vigor del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía puede suponer una clara desventaja para un sector importante de personas seropositivas.

La disociación entre lo que es “recuperación clínica” y la “recuperación social” supone la inmovilización de una prestación económica – la denegación de la pensión no contributiva- para muchas personas en las cuales esta es su única fuente de ingresos.

Se propone la necesidad de dos puntos importantes:

- En primer lugar realizar de forma precoz la evaluación de condiciones de acceso a las pensiones no contributivas dentro de la valoración de discapacidad. En este sentido es necesario que los dictámenes técnico-facultativos emitidos en el reconocimiento del grado por los órganos técnicos competentes dependientes de los órganos correspondientes de las comunidades autónomas tengan especialmente en cuenta no solo los contenidos clínicos sino la valoración de los factores sociales complementarios que se recogen en el anexo 1, apartado A) del Real Decreto citado.
- En segundo lugar, y en la línea propuesta desde el Plan sobre Drogas, facilitar de forma temprana y rápida el acceso de las personas en situación de riesgo social a la renta mínima de inserción social¹².

≠ **Iniciativa 57:** Realizar itinerario formativo-ocupacional y facilitar el acceso a los programas de empleo-formación a la carta para colectivos desfavorecidos.

Esta iniciativa sigue plenamente el desarrollo de las iniciativas 72 y 73 del Plan sobre Drogas para Asturias.

El interés es que los distintos programas asistenciales no sólo realicen funciones desde un punto de vista terapéutico o sino que se realice una valoración las capacidades laborales de una persona, sus experiencias previas y sus necesidades formativas para anticipar una futura incorporación en el mercado laboral.

¹² Esta línea se desarrolla desde la iniciativa 67 del Plan sobre Drogas para Asturias: “Facilitar el acceso de las personas con problemas de drogodependencias en situación de precariedad a las diferentes prestaciones económicas de tipo social existentes”



Como señala el Plan de Drogas “en aquellos casos en que el itinerario diseñado contemple una mejora de la formación ocupacional se intentará que la persona pueda integrarse en un programa de formación a la carta para colectivos desfavorecidos o el programas de empleo-formación como escuelas taller o escuelas de empleo).

Para aquellas personas en las que la seropositividad coexista con una drogodependencia en situación de exclusión social, otra línea de actuación será el desarrollo de la iniciativa 74 del Plan sobre Drogas en el que se hace referencia a la promoción de recursos estables de inserción sociolaboral que puedan ser utilizados por las personas con problemas de drogodependencias.

Estrategia 13

Establecer una política de calidad de los servicios de atención sanitaria a la infección VIH-SIDA

€ **Iniciativa 58:** Elaborar y difundir guías de manejo clínico de la infección VIH y enfermedades asociadas

Desde un punto de vista de la calidad en la práctica asistencial, es necesario establecer los procesos que disminuyan la variabilidad en la atención al paciente en todas las fases de evolución de la enfermedad.

La existencia de las guías de manejo clínico permite homogeneizar las actuaciones ante distintas situaciones. En este sentido es de importancia la difusión de las recomendaciones elaboradas –bienalmente- por el Plan Nacional sobre el SIDA y el GESIDA de la SEIMC.

De todas formas, estas guías clínicas han de estar insertadas en un contexto más amplio que es la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, donde quedará definido el mapa de procesos y los distintos niveles de arquitectura de los mismos para homogenizar y mejorar la atención a las personas afectadas .

€ **Iniciativa 59:** Establecer una red de laboratorios conectada con el laboratorio de referencia para el VIH al objeto de monitorizar la calidad del diagnóstico microbiológico.

Se plante un trabajo en red de todos los laboratorios asturianos, manteniendo el papel del Laboratorio de Salud Pública adscrito a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios como centro de referencia para el diagnóstico serológico del VIH y del Laboratorio de Virología del Servicio de Microbiología I del Hospital Central de Asturias como centro de referencia del diagnóstico virológico.



Corresponderá al Laboratorio de Salud Pública las labores de:

- Mantenimiento de las tareas de referencia para el diagnóstico serológico de VIH (pruebas de confirmación de infección VIH, sistema de calidad, valoración de reactivos utilizados en el cribado para detectar anticuerpos frente VIH, mantenimiento de paneles y seroteca).
- Mantenimiento y actualización del sistema de notificación de infectados de VIH.
- Realización de tareas de referencia para el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias dentro del Convenio entre el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias y Dirección General de Salud Pública.

€ **Iniciativa 60:** Realizar estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia de mutaciones en el genoma del VIH asociados a resistencias y conocer los subtipos de VIH circulante:

El objeto de dicho estudio es establecer la prevalencia de mutaciones en el genoma del VIH implicado en la aparición de resistencias. Para ello se realiza amplificación genómica de las regiones del gen pol y análisis de secuenciación de dichas regiones.

Por otro lado se estudia la prevalencia de los subtipos circulantes de VIH en nuestra comunidad autónoma mediante la métodos de amplificación genómica.

Estos estudios se realizan desde el Laboratorio de Referencia para el diagnóstico virológico de VIH (Laboratorio de Virología del Servicio de Microbiología I del Hospital Central de Asturias) en coordinación con el Laboratorio de Salud Pública y la colaboración de otros Servicios de Microbiología de nuestra comunidad autónoma.

€ **Iniciativa 61:** Realizar estudios periódicos para conocer el acceso a diagnóstico y tratamiento antirretroviral especialmente en personas en riesgo de exclusión social.

La equidad y la igualdad de acceso es uno de los aspectos que ya hemos destacado ampliamente al referirnos a los valores que rigen este Programa regional de VIH-SIDA.

Dentro de esta iniciativa se plantea la necesidad de conocer regularmente si los criterios para el diagnóstico, para el inicio del tratamiento y para los controles periódicos de la infección se realizan de igual manera para



personas que se encuentran en un centro de atención a drogodependencias que para personas que no lo están.

✚ **Iniciativa 62:** Definir, recopilar y difundir una batería de indicadores que permitan evaluar y corregir la variabilidad de la práctica clínica en la atención VIH-SIDA

Dentro de los sistemas de mejora continua de calidad un elemento fundamental es la existencia de marcadores o indicadores que permitan la valoración del grado en el que “el servicio prestado cumple las expectativas que ha despertado en la población diana a la que va dirigido”.

Aunque estos indicadores habrán de desarrollarse con la Guía para el proceso asistencial VIH-SIDA, de forma general serían indicadores de proceso y de resultado (teniendo en cuenta los datos monitorizados) y de índice o de suceso centinelas (teniendo en cuenta la gravedad del suceso monitorizado).

Algunos de los indicadores serían los relacionados con: Diagnóstico y exclusión de la infección por VIH; demora en la primera visita en atención especializada; “counselling” y acceso a serología en parejas de personas seropositivas; emisión de informe clínico; grado de adherencia y toxicidad a los tratamientos antirretrovirales o cumplimentación del calendario vacunal.

C a p í t u l o 9:

El proceso de implantación del PAVSA



No es circunstancial decir que el PAVSA se inicia precisamente en el momento que este segundo documento se da por finalizado.

Demasiadas veces los documentos de planificación se elaboran como simple herramientas administrativas y como procesos generales de reflexión sin conseguir engranar la planificación estratégica con la planificación operativa; sin conseguir el desarrollo definitivo, total o al menos parcial, de las estrategias propuestas y sin conseguir alcanzar el marco general de referencia desde el que se parte.

Señalaremos por tanto en este último capítulo las líneas generales para la implantación del Plan, las prioridades de desarrollo y la aproximación presupuestaria necesaria para la consecución de dichas prioridades.

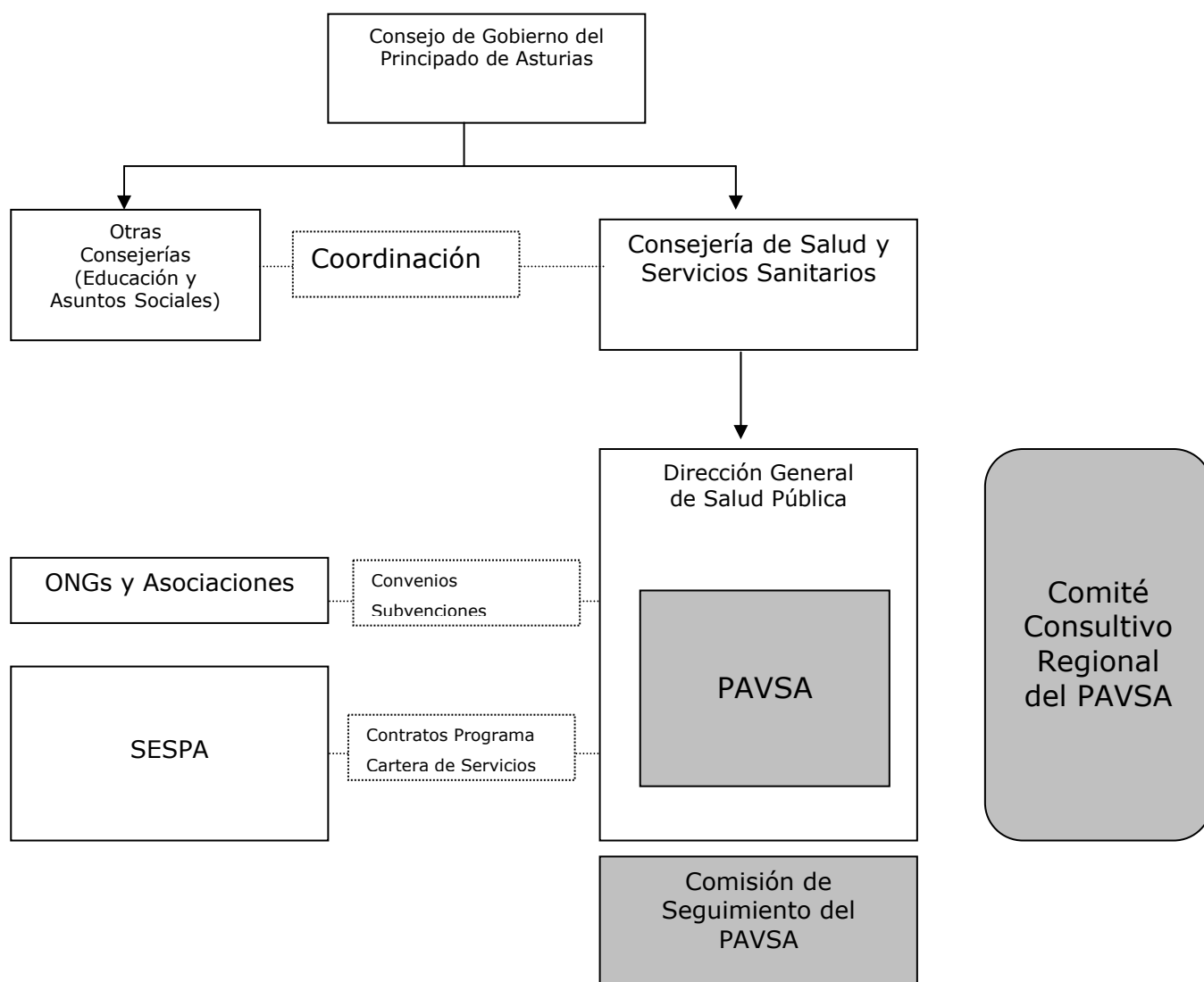
Metodología para el desarrollo y seguimiento del Plan sobre SIDA

Ya hemos señalado en los Esquemas 1,2 y 3 los productos finales de esta primera fase de elaboración del Plan:

- El análisis de los problemas y el desarrollo de propuestas se ha llevado a cabo a través de la valoración realizada de forma cualitativa por los grupos de trabajo de expertos y de forma cuantitativa por la información epidemiológica y la aproximación ofrecida por la encuesta de recursos hospitalarios. El resultado final es un primer documento: "Proceso de reflexión y debate con la sociedad".
- La organización de las propuestas, la priorización de las mismas y la elaboración de un documento de planificación estratégica se ha llevado a través de este segundo documento: En este documento además de las iniciativas concretas de actuación se proponen los indicadores generales de resultados .
- Por último se propone el desarrollo de cada una de las iniciativas incluidas en el segundo documento y la elaboración de indicadores operacionales para cada una de estas iniciativas. Este desarrollo se realiza en el documento *"Agenda de desarrollo de iniciativas del PAVSA 2003-2007"*

El desarrollo de estas iniciativas supone el inicio de la segunda fase de la construcción del PAVSA.

De forma similar al desarrollo de Plan sobre Drogas para Asturias, a lo largo de la Línea Política 1 hemos esbozado algunos de los instrumentos de planificación que garantizarán la correcta puesta en marcha y seguimiento del programa. La consolidación de esta estructura administrativa se presenta a continuación:



El esquema presentado nos permite enumerar algunas de las características básicas para la correcta implantación del PAVSA:

- Flexibilidad y agilidad.
- Consenso e implicación suficiente de sectores sociales, políticos y administrativos.
- Bidireccional y con capacidad de espacios de retroalimentación.
- Homogenización entre prioridades técnicas y prioridades políticas.
- Repercusión presupuestaria para el mantenimiento de las estructuras.



El seguimiento corresponderá a la Dirección General de Salud Pública en coordinación con la Comisión de Seguimiento del PAVSA, integrada por organismos y asociaciones clave en la lucha contra el VIH-SIDA en Asturias; el apoyo técnico y científico a dicho programa le será proporcionado desde el Comité Consultivo Regional que como ya hemos señalado en la iniciativa correspondiente estará integrado por distintos representantes de los organismos e instituciones que se han presentado en el esquema presentado arriba.

Áreas prioritarias del PAVSA

Agrupándolas en las tres grandes líneas políticas, presentamos a continuación las principales prioridades del Plan:

Línea política 1:
Desarrollar líneas para evitar la discriminación y la estigmatización de las personas afectadas con especial importancia de la puesta en marcha de programas en el medio educativo
Dinamizar una respuesta social organizada facilitando la coordinación y realización de estrategias complementarias entre todas las asociaciones, profesionales, organismos e instituciones que actúan en el ámbito de la prevención y la asistencias del VIH-SIDA.
Línea política 2:
Potenciar las políticas de prevención con especial interés de establecer programas de educación sexual en el medio educativo y en la población juvenil en ámbitos de ocio y tiempo libre.
Potenciar, diversificar y evaluar los programas de reducción de riesgos, extendiendo los programas de acercamiento y programas de calle a aquellos colectivos en situación de riesgo social.
Potenciar la prevención a través del personal sanitario mediante la normalización y protocolización de actividades en las consultas de las unidades de enfermedades infecciosas y en los equipos de atención primaria
Poner en marcha un sistema anónimo de notificación de las nuevas infecciones del virus de la inmunodeficiencia humana.
Línea política 3:
Desarrollar un programa piloto de atención sociosanitaria a pacientes VIH-SIDA mediante la adecuación y ordenación de los distintos recursos en las Áreas.
Establecer un Plan Integral para la atención y la prevención de las infecciones de transmisión sexual.
Facilitar el acceso a prestaciones socioeconómicas a todas aquellas personas afectadas que lo precisen.
Establecer procedimientos coordinados con otros organismos de las Administración para facilitar la reincorporación sociolaboral de las personas afectadas.

Anexos:

Participantes en los Grupos de Trabajo
Bibliografía seleccionada



Anexo 1

Participantes en los Grupos de Trabajo

Vigilancia Epidemiológica

Coordinación	Ismael Huerta Fernández Médico. Jefe de Sección de Vigilancia Epidemiológica Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
	Amelia González López Médico. Jefa de Sección de Inmunología Sanitaria Laboratorio de Salud Pública
	Ana Fernández Verdugo Médico. Laboratorio de Salud Pública
Participantes	José A. Maradona Hidalgo Médico. Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Central de Asturias
	Víctor Asensi Álvarez Médico. Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Central de Asturias
	Yolanda González García Médico. Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Atención Socio-Sanitaria. Coordinación de recursos sociales en la atención al afectado VIH-SIDA

Coordinación	Rocío Redondo Rodríguez Trabajadora Social. Unidad de Trabajo Social Hospital San Agustín
Participantes	Rosario Diéguez Abad Coordinadora del Programa de Ayuda a Domicilio Comité Ciudadano Antisida
	M ^a Luisa Espina Alonso Trabajadora Social. Centro de Encuentro y Acogida. Cáritas
	Sofía García Méndez Trabajadora Social. Centro de Salud Mental de Mieres
	Dolores Gómez Mayo Trabajadora Social. Fundación Siloé
	Luz M ^a Gutiérrez López Trabajadora Social. Hospital Materno Infantil de Oviedo
	Paquita Martín Franco Trabajadora Social. Centro Penitenciario de Villabona



Rosario Rodríguez Gutiérrez
Trabajadora Social. Centro de Salud de Mieres

Leonor Sierra Rey
Trabajadora Social. Hospital Central de Asturias

M^a Henar Suárez Álvarez
Trabajadora Social. Hospital de Cabueñes

José Manuel Suárez Suárez
Psicólogo. Comité Ciudadano Antisida

Colaboraciones M^a Jesús Fernández Álvarez
Trabajadora Social. Hospital Central de Asturias

Mercedes López Díaz
Trabajadora Social. Hospital Álvarez-Buylla

Rosana Santamarta González
Trabajadora Social. Hospital de Avilés

Francisco Manuel Suárez García
Médico. Servicio de Planificación Sanitaria
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Atención Sanitaria. Coordinación de recursos sanitarios en la atención al afectado VIH-SIDA

Coordinación Belén de la Fuente García
Médico. Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital de Cabueñes

Álvaro Díaz Álvarez
Médico. Centro de Salud de Natahoyo. Gijón

Rafael Cofiño Fernández
Médico. Servicio de Promoción y Programas de Salud
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Participantes Consuelo Arranz Gaité
Médico. Centro de Salud de Otero. Oviedo

Luis Caminal Montero
Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias

Rosario Diéguez Abad
Coordinadora del Programa Ayuda a Domicilio
Comité Ciudadano Antisida

Dolores Fernández Horcajo
Coordinadora del Programa de Menores
Comité Ciudadano Antisida



Eduardo Gutiérrez Cienfuegos
Médico. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de Gijón

Mauricio Telenti Asensio
Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias

Ana Luz Villarías Fernández
Médico. Centro de Salud Mieres Sur

Colaboraciones Berta Cid Vila
Médico. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de Mieres

Guillermo García Velasco
Médico. Centro de Salud de La Calzada. Gijón

Luis Guerra Romero
Médico. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA

José M^a Kindelán Jaquotot
Médico. Jefe de Sección de la Unidad de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Isabel Noguez Zambrano
Médico. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA

Francisco Quintana Fonseca
Psicólogo. Fundación Siloé

Aureliana Segador Gómez
Coordinadora de la Consulta de Enfermería
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Atención Sanitaria en usuarios de drogas

Coordinación Eduardo Gutiérrez Cienfuegos
Médico. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de Gijón

Participantes Gertrudis Banciella Rodríguez
Médico. Área de Salud
APTAS – Comunidad Terapéutica El Valle

Alfredo Guerrero Iturralde
Médico. Centro de Salud de La Calzada. Gijón

Andrés Martínez Cordero
Médico. Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Villabona

María Amor Martínez García
Enfermera. Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de Mieres

Begoña de Ponga García
Trabajadora Social. Servicio de Coordinación del Plan de Drogas



Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Jesús Sánchez del Río
Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias

Covadonga Valdés Gómez
Médico de Familia.
Área de Salud de Fundación C.E.S.P.A. – Proyecto Hombre Asturias

Prevención en Jóvenes, Adolescentes y Centros Educativos

Coordinación Marián Uría Urraza
Socióloga. Servicio de Promoción y Programas de Salud
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Participantes Mercedes García Ruiz
Técnica en Salud
Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Teresa Jiménez Montoya
Mediadora
Unión Nacional de Gitanos de Asturias (UNGA)

M^a Jesús Pino Fernández
Profesora de Secundaria
I.E.S. Carreño Miranda. Avilés

Tania Rodríguez Peláez
Estudiante de Medicina
Asociación de Intercambios de Estudiantes de Medicina de España (AIEME). Oviedo

Oscar Suárez Álvarez
Miembro del Grupo de Trabajo en Salud
Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Homosexualidad y VIH-SIDA

Coordinación Rafael Cortina Canal
Médico. Centro de Salud de Trevías. Área Sanitaria I

Participantes Julián Alonso Elizo
Profesor de Primaria. XEGA (Xente Gai Astur)

Alejandro Álvarez Ordóñez
Coordinador de Actividades. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias

Jorge Coto Suárez
Coordinador del Área de Medio Ambiente y de Cooperación Internacional
Cruz Roja Juventud

M^a del Mar Cuesta Rodríguez
Enfermera. Unidad E.T.S. del Hospital Monte Naranco



Pilar Sampedro Díez
Psicóloga y Sexóloga. Clínica Gineastur

Prevención en personal sanitario

Coordinación	José Ramón Hevia Fernández Médico. Servicio de Salud Laboral Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Participantes	Angel Álvarez Fernández Médico. Servicio de Medicina Interna Hospital de Jarrio
	Rafael Barbón Díaz Médico. Servicio de Prevención Hospital San Agustín
	Neus Fernández Mundet Médico. Servicio de Prevención Hospital de Jove. Gijón
	M ^a Amor Muñiz Fernández Sección Sindical UGT Hospital San Agustín
	Ernesto Tuñón Sánchez Médico. Servicio de Prevención Hospital Central de Asturias

Mujer y entorno perinatal

Coordinación	Jorge Méndez Méndez Pediatra. Centro Materno Infantil Oviedo
Participantes	Ana Escudero Gomís Ginecóloga. Servicio de Ginecología Hospital Materno Infantil. Oviedo
	Carlos Pérez Méndez Pediatra. Servicio de Pediatría Hospital de Cabueñes. Gijón
	Elena Rodríguez Vega Ginecóloga. Servicio de Ginecología Hospital Materno Infantil. Oviedo
	M ^a Henar Suárez Álvarez Trabajadora Social. Unidad de Trabajo Social Hospital de Cabueñes. Gijón
	Magda Torrens Muns



Ginecóloga. Centro de Orientación Sexual y Planificación Familiar
Ambulatorio Central de Oviedo

Colaboraciones Gema Álvarez Iglesias
Socióloga. Instituto Asturiano de la Mujer

Prevención en Usuarios de Drogas

Coordinación Ana Otero Sierra
Trabajadora Social. Servicio de Coordinación del Plan de Drogas
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Participantes Josefina Arias Domínguez
Técnico del Plan Municipal sobre Drogas. Ayuntamiento de Oviedo

Luisa Espina Alonso
Trabajadora Social. Cáritas Diocesana. Oviedo

Mercedes García Núñez
Educatra de Calle. Colectivo Nacaí

Luis Manuel Martínez Menéndez
Terapeuta de la Fundación C.E.S.P.A. - Proyecto Hombre

Sonia Peña Yebra
Trabajadora Social. Comité Ciudadano Antisida de Asturias

Pilar Pérez Velasco
Médico. Directora Médica del Centro Penitenciario de Villabona

Rosario Reyes Pérez
Técnico y Educatra. Centro de Emergencia Social de Cáritas

M^a José Sánchez Romero
Presidenta del Comité Ciudadano Antisida de Asturias

Prevención en Trabajadoras del Sexo

Coordinación Virgilio Palacio López
Médico. Unidad de ITS del Hospital Monte Naranco

José Antonio Varela Uría
Médico. Unidad de ITS de Gijón

Rafael Cofiño Fernández
Médico. Servicio de Promoción y Programas de Salud
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Participantes María Isabel Berlanga Pacheco
Mediadora Social. APRAMP – Somaly Mam



Teresa González Acosta
Médicos del Mundo - Avilés

Carmen López Sánchez
Enfermera. Unidad de ITS de Gijón

Montserrat Miguel Pichel
Directora Autonómica de Cruz Roja Juventud

Alfonso Moreno Torrico
Microbiólogo. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central de Asturias

Sonia Nieto Fontanillo
Psicóloga. APRAMP- Somaly Mam

Flor Pérez González
Médico. Centro de Salud de La Felguera

Nuria Rodríguez Suárez
Trabajadora Social. APRAMP- Somaly Mam

Integración, normalización y participación comunitaria

Coordinación	Esther Arbesú Fernández Médico. Servicio de Promoción y Programas de Salud Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Participantes	M^a Luisa Espina Alonso Trabajadora Social. Cáritas Diocesana Mercedes García Ruiz Técnico de Salud. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias Nuria Marcos Alonso Departamento de Salud Laboral. Sindicato Unión General de Trabajadores Reyes Otero Furelos Médico. Consejería de Asuntos Sociales Carmen Peláez Díaz Técnica Educadora. Centro de Encuentro y Acogida de Cáritas Carmen Pérez González Departamento de Salud Laboral. Sindicato Comisiones Obreras Francisco Quintana Fonseca Psicólogo. Fundación Siloé Isolina Riaño Galán Pediatra. Servicio de Pediatría Hospital Carmen y Severo Ochoa. Comité Asesor de Bioética de Asturias



p a v s a

José Manuel Suárez Suárez
Psicólogo. Comité Ciudadano Antisida

Luis Trapiella Martínez
Médico. Servicio de Medicina Interna
Hospital Central

Colaboraciones Rafael González Estrada
Médico. Servicio de Salud Laboral
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

José Ramón Hevia Fernández
Médico. Servicio de Salud Laboral
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Medio Penitenciario y VIH-SIDA

Coordinación José Luis Martín Martín
Educador del Módulo Terapéutico del Centro Penitenciario de Villabona

Participantes José Antonio Bustamante Martínez
José Antonio Gorostiaga Fernández
Educadores del Módulo Terapéutico del Centro Penitenciario de Villabona

Internos de la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona

Medios de Comunicación Social Redacción del Documento

Coordinación Rafael Cofiño Fernández
Redacción del documento: Ignacio Montserrat Fuertes

Participantes Pablo Álvarez Álvarez
La Nueva España

Amor Domínguez González
Oviedo Televisión

Pilar Fernández Fernández
COPE

Laura Fonseca
El Comercio

José Antonio García Vázquez
Servicio de Promoción y Programas de Salud.
Dirección General de Salud Pública

Alba Rueda Espina
Radio Vetusta



Azucena Vence Fernández
Onda CERO

Pablo Zariquiegui Asiain
La Voz de Asturias

Cooperación y Desarrollo

Coordinación	Reyes Otero Furelos Jefa del Área de Emigración, Inmigración y Cooperación al Desarrollo Consejería de Asuntos Sociales
Participantes	Luis Casado González Médico. Medicus Mundi
	Jorge Coto Suárez Coordinador del Área de Medio Ambiente y Cooperación Internacional Cruz Roja Juventud
	Mercedes García Ruiz Técnico de Salud Consejo de la Juventud del Principado de Asturias
	Gabriel Sánchez Ibarra Coordinador de Médicos sin Fronteras. Asturias
	Patricio Suárez Gil Médico. Médicos del Mundo

Formación en el ámbito de la prevención y la asistencia

Coordinación	Luis Gago Arguello Médico. Coordinador de Equipos de atención primaria del Área Sanitaria III
Participantes	Ana Gutiérrez Suárez Enfermera. Departamento de Formación de Enfermería Hospital Central de Asturias
	Eustaquio Martín Rocas Médico. Servicio de Medicina Interna Hospital Monte Naranco
	M ^a del Mar Martínez Suárez Médico. Coordinadora de Docencia Area IV
	José María Rodríguez Médico. Coordinador de Docencia Area II H. Carmen y Severo Ochoa



Anexo 2: Bibliografía seleccionada

Gobierno del Principado de Asturias. Plan sobre Drogas para Asturias: Creando futuro. Estrategias para mejorar la situación de las Drogodependencias en Asturias. Asturias, 2002.

ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. UNAIDS. Ginebra, 2000.

Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Plan de Movilización Multisectorial frente al sida 1997-2000. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.

Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Plan Multisectorial 2001-2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Plan de Movilización Multisectorial frente al sida 1997-2000. Evaluación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

Govern de les Illes balears. Pla de la SIDA a les Illes Balears 2001-2004. Conselleria de Sanitat i Consum de les illes Balears. Mallorca, 2001.

Generalitat Valenciana. Encuesta hospitalaria sobre utilización de recursos y características de los pacientes VIH/SIDA en la Comunidad Valenciana 1999. Valencia, 2000.

Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del VIH y otros virus transmisibles por sangre, VHB y VHC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.

Asociación Española de Pediatría, Plan Nacional sobre el SIDA y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por VIH en la mujer embarazada. Recomendaciones de GESIDA-SEIMC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de consultas de ITS. Seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998-1999. Estudio anónimo no relacionado. Bol Epidemiol Semanal 2000.

Actuación en prevención de la infección por el VIH en Atención Primaria. Dirección Territorial del INSALUD-Comunidad de Madrid. Madrid, 1999.

Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA, Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Desarrollo e implantación de un programa de control de calidad de resistencias de CIH a antirretrovirales. Madrid, 2001.

Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Prevención de la infección por VIH en el marco asistencial. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.

Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Encuesta de recursos hospitalarios 1995-1998. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.

Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea and syphilis worsening in western Europe?. BMJ 2002; 324:1324-7.

Grupo de estudio del taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona. Documento de consenso sobre tratamientos directamente observados en tuberculosis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

Jordan R, Gold L, Cummins C, Hyde C. Systematic review and meta-analysis of evidence for increasing numbers of drugs in antiretroviral combination therapy. BMJ 2002 Mar 30;324(7340):757



Murphy DA, Roberts KJ, Martin DJ, Marelich W, Hoffman D. Barriers to antiretroviral adherence among HIV-infected adults. *AIDS Patient Care STDS* 2000 Jan;14(1):47-58

Carpenter CC, Cooper DA, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM, et al. Antiretroviral Therapy in Adults Updated Recommendations of the International AIDS Society–USA Panel . *JAMA*. 2000; 283:381-390

Secretaría Nacional del Plan sobre SIDA, GESIDA-SEIMC. Recomendaciones del Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el sida y de GESIDA sobre el tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH del año 2000. [en línea]. [Consulta 24 de Julio del 2000]. URL disponible en: <http://www.msc.es/sida/novedades/home.htm> [texto completo]

Barcelona SIDA 2002. Quark Ciencia, Medicina, Comunicación y Cultura, número 24. Abril-julio 2002. [en línea]. [Consulta 22 de Septiembre del 2002]. URL disponible en: <http://www.imim.es/quark/num24/Default.htm> [texto completo]

Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA Estrategia mundial del sector sanitario. A55/9. Ginebra, 27 de marzo de 2002.

Kindelán JM, Del Amo J, Martín C, Sainz de la Olla P, Pulido F, Laguna F. Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psico-social. Documento de consenso GESIDA. [Consulta 22 de Septiembre del 2002] URL disponible en: <http://www.gesidaseimc.com/documentos/pdf/Tratamiento%20problematica%20psicosocial.pdf> [texto completo]

* **programa** de prevención y atención a las personas afectadas por el **VIH-SIDA** en Asturias



LENGUAJE DACTILOLÓGICO “VIH”: *el mejor tratamiento sigue estando en tus manos*



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS