

**PLAN ESTRATEGICO DE
PREVENCION Y CONTROL DEL
SIDA 2003-2006**

**"ADAPTANDOSE A LOS NUEVOS RETOS DEL SIDA:
DE LA JERINGUILLA
A LA TRANSMISION SEXUAL"**

**Plan de Prevención y Control del Sida
Osakidetza - Servicio vasco de salud
Departamento de Sanidad**

VITORIA -GASTEIZ, ABRIL DE 2003

ÍNDICE

	Pag.
I. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	2
II. DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO	12
1. Naturaleza del Plan	12
• 1.1.Descripción	12
• 1.2.Marco institucional	12
• 1.3.Finalidad	14
• 1.4.Punto de partida	14
• 1.5.Objetivo general	20
• 1.6.Objetivos específicos	20
• 1.7.Destinatarios	24
• 1.8.Resultados pretendidos	25
• 1.9.Localización y cobertura	25
2. Actividades y tareas a realizar	25
• 2.1.Descripción	25
• 2.2.Priorización	29
• 2.3.Calendario	30
3. Estructura organizativa y de gestión	31
4. Determinación de recursos necesarios	32
• 4.1.Humanos	32
• 4.2.Materiales	32
• 4.3.Financieros	32
• 4.4.Tecnológicos	32
5. Cálculo de costes	32
6. Indicadores de evaluación y proceso de seguimiento	33
III. CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES	37
IV. BIBLIOGRAFIA	39
V. ANEXOS	41

I. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

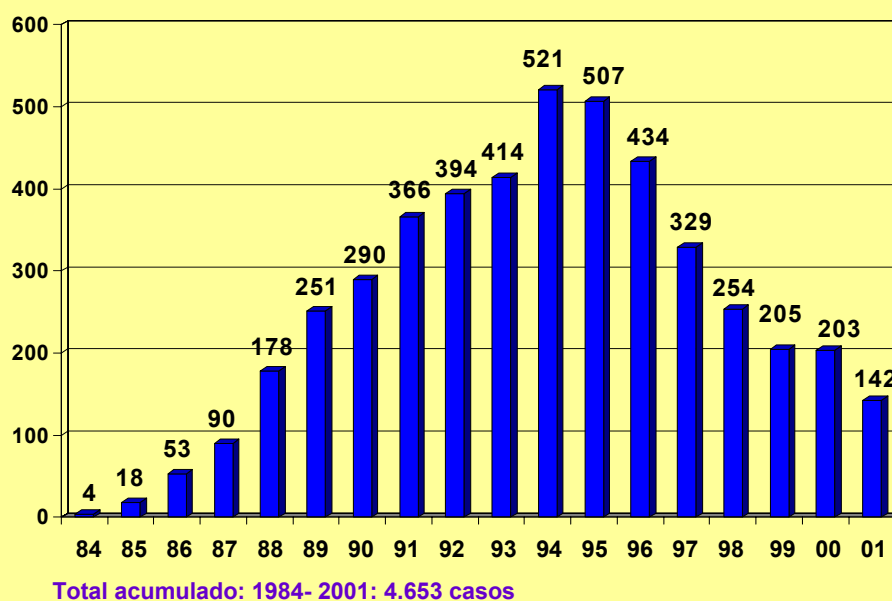
A lo largo de la historia de la medicina, pocas enfermedades han tenido un impacto sanitario y social tan grande como el sida. En la actualidad más de 40 millones de personas viven con el VIH y otros 20 millones de portadores han fallecido de sida. Solo el pasado año se infectaron cinco millones de personas y murieron tres millones de seropositivos¹.

Globalmente, en el mundo, el 75% de las personas portadoras del VIH se ha infectado por relaciones sexuales. Al revés que lo que ocurre en otras regiones, en el sur de Europa, en una primera fase, el VIH se diseminó fundamentalmente a través de las jeringuillas en el colectivo de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP)².

Cuando en el País Vasco, en la primavera de 1985, se dispuso de la analítica para diagnosticar la infección por el VIH nos encontramos con uno de los peores escenarios posibles: la infección afectaba a más del 60% de los usuarios de drogas³ y el 75% de los enfermos que se diagnosticaban de sida eran o habían sido usuarios de drogas. Es decir, compartir material de inyección para la administración intravenosa de drogas ha sido la vía de transmisión del VIH en tres de cada cuatro pacientes diagnosticados de sida, situándose en segundo lugar la transmisión a través de las relaciones sexuales.

En Euskadi, desde el inicio de la epidemia en 1984 hasta finales de 2001, se estima que se han infectado alrededor de 10.000 personas, de las que 4.653 han desarrollado sida, habiendo fallecido 2.605, lo que supone el 56% de las personas diagnosticadas de esta enfermedad⁴.

CASOS DE SIDA POR AÑO DE DIAGNÓSTICO.



Por todo lo señalado, la estrategia de reducción del riesgo y disminución del daño asociados al uso inyectado de drogas constituyó, desde la creación del Plan de Prevención y Control del Sida, su gran prioridad.

Una dificultad sobreañadida fue el hecho de que este colectivo era visto por gran parte de la sociedad y de los propios profesionales sanitarios más como una amenaza social que como un problema de salud pública. Ello hacía más difícil el desarrollo de cualquier proyecto de actuación en este grupo.

La puesta en marcha de los programas preventivos fue impulsada o favorecida por diferentes factores, entre los que hay que destacar la elevada mortalidad de los enfermos de sida que constituyó uno de los motores fundamentales del cambio de hábitos.

Dentro de la estrategia de actuación fueron fundamentales dos aspectos: plantear una política de objetivos realista y evitar la marginación de los usuarios de drogas. La actuación de las ONGs como punta de lanza fue decisiva: en 1988 la Comisión Antisida de Bizkaia puso en marcha el primer programa de intercambio de jeringuillas del Estado⁵.

Otro de los elementos clave de la prevención del sida en los UDVP fue la incorporación de los farmacéuticos y farmacéuticas de oficina de farmacia⁶ que, además, contribuyeron a la normalización de los programas preventivos.

Uno de los primeros pasos fue encontrar un vehículo para transmitir los mensajes preventivos a este colectivo marginal. Y así se creó el kit antisida, compuesto por una jeringuilla, un preservativo, un contenedor rígido para la jeringuilla, toallitas desinfectantes y una ampolla de agua destilada. Este programa se inició en 1989⁷.

Un aspecto que aportó gran eficacia a los programas fue considerar al usuario de drogas como un cliente más y, así, por ejemplo, conjuntamente con ellos se establecieron los cambios en el kit antisida que lo hicieron más útil y atractivo.

Por otra parte, la aparición del sida puso de manifiesto en su día las carencias y las contradicciones en el tratamiento de los drogodependientes. Pero además, durante este tiempo, el VIH ha ayudado a comprender la compleja realidad del consumo de drogas. Como consecuencia de ello, hemos asistido estos años pasados a un importante giro en cuanto a la concepción, tanto social como sanitaria, de los usuarios de drogas. Y así hemos pasado desde unos primeros apelativos como "delincuentes" o "viciosos" a su consideración como personas con un grave problema de salud. Hemos pasado de la abstinencia del consumo como única forma de tratamiento, a la innovación y a la oferta de programas más adaptados a sus necesidades. En este sentido, uno de los grandes logros del sida ha sido el impulso de múltiples programas en este colectivo.

En la actualidad están a disposición de los usuarios de drogas, además de los que ya hemos señalado, programas de mantenimiento con metadona, talleres sobre sexo seguro, tratamientos antirretrovirales y un largo etcétera.

Estos programas no solamente han ayudado a mejorar la salud y el bienestar de los consumidores de drogas, sino que también han contribuido a resolver la grave conflictividad social que el consumo de drogas conllevaba.

Los buenos resultados obtenidos en la comunidad hicieron que los programas de reducción de riesgo se extendieran a los centros penitenciarios. El programa de intercambio de jeringuillas en el centro penitenciario de Basauri se inició en 1997⁸, y fue seguido del de Martutene en 1999 y el de Nanclares de la Oca en 2001. Todos estos programas han sido pioneros en el Estado. La experiencia ha sido positiva y en el momento actual existen estos programas en seis comunidades autónomas.

La implementación de todos estos programas -dispensación de jeringuillas, kits antisida y preservativos, programas de intercambio de jeringuillas, talleres de sexo seguro y programas de mantenimiento con metadona- ha contribuido a que los usuarios de drogas hayan modificado sus hábitos como respuesta a la infección por el VIH. Se ha constatado una reducción significativa de las prácticas de riesgo relacionadas con la inyección de droga, habiéndose incrementado el uso de material de inyección estéril y reducido el uso compartido de jeringuillas. En la Comunidad Autónoma Vasca, la prevalencia de uso compartido de jeringuillas (dar y/o recibir jeringuillas usadas), referido a los 6 últimos meses, entre UDVPs que acuden a PIJs pasó de un 53% en 1992 a un 30,1% en 1998⁹.

La utilización de los Programas de Mantenimiento con Metadona como instrumento de prevención de la transmisión del VIH está ampliamente documentada y en este sentido está descrita su positiva influencia en la reducción del consumo de drogas ilegales y en la disminución de la frecuencia de inyección o una menor prevalencia de la práctica de compartir jeringuillas entre aquellos usuarios que continúan inyectándose drogas.

En cambio, los esfuerzos centrados en fomentar el uso del preservativo para minimizar los riesgos sexuales en los usuarios de droga y sus parejas han tenido un menor efecto. La conducta sexual de los usuarios de drogas es preocupante si se tiene en cuenta que la transmisión del VIH a través de esta vía está experimentando un notable incremento. Los UDVPs infectados también pueden ser un vector de diseminación de la infección a través de sus prácticas sexuales.

Las investigaciones realizadas en UDVPs concluyen repetidamente que la mayoría son sexualmente activos, que tienen un número relativamente elevado de parejas sexuales y un alto grado de relaciones sexuales con personas que no se inyectan drogas, que una minoría significativa practica el sexo comercial y que la mayoría no usa el preservativo. En el País Vasco, el porcentaje de usuarios sexualmente activos que manifestó usar siempre preservativos, referido al último año, aumentó de un 17,4% en 1992 a un 44,2% en 1998. En cambio, el porcentaje de UDVPs que nunca utilizan preservativos no muestra una tendencia descendente significativa, habiendo disminuido modestamente (del 45,3% en 1992 al 35,5% en 1998)⁹.

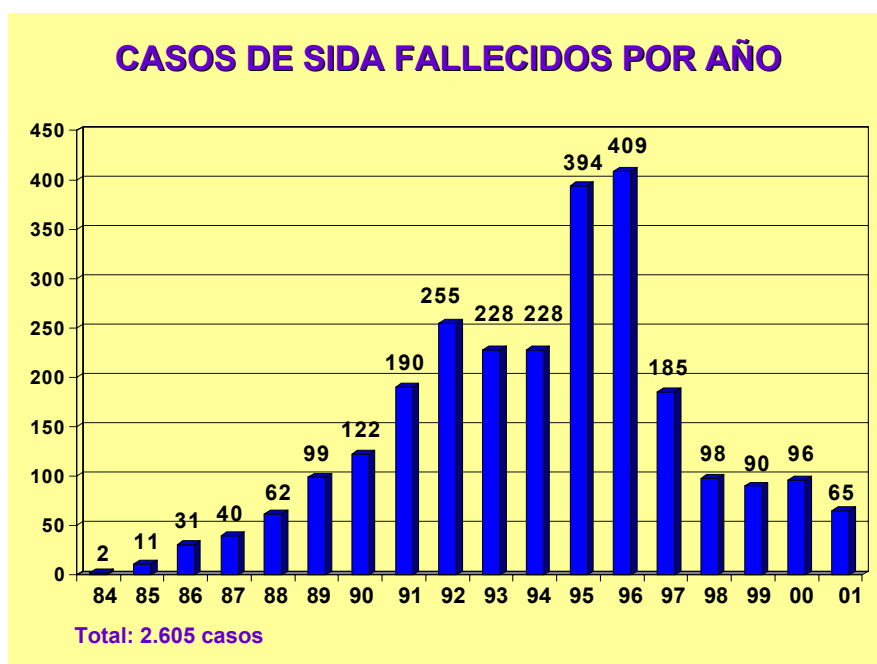
También hemos asistido a profundos cambios en el panorama del consumo de drogas. Un ejemplo es la evolución del consumo de jeringuillas por los usuarios de drogas en la Comunidad Autónoma Vasca que ha ido disminuyendo progresivamente desde 1990. Durante el mes de noviembre de 2001 -mes en que anualmente realizamos estas encuestas-, en Euskadi se han dispensado 27.729 kits-jeringuillas, 19.153 de ellos a través de farmacias y 8.576 en ONGs, el centro de salud de Balmaseda y los Centros Penitenciarios de Basauri y Martutene. El 64% se ha distribuido en Bizkaia, el 29,6% en Gipuzkoa y el 6,4% en Araba. Si extrapolamos estos datos a todo el año, el consumo en 2000 ha sido de 332.748 jeringuillas. Esto supone una disminución de un 58% respecto al consumo de 1990⁴.

La terapia antirretroviral combinada

En 1996 se produjo un cambio de enorme magnitud en la evolución de la infección producida por el VIH que se debió fundamentalmente a:

- la introducción de nuevos fármacos (inhibidores de la proteasa e inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa).
- la utilización de los fármacos disponibles en terapias de combinación, y
- la utilización de la carga viral para medir la eficacia terapéutica de los antirretrovirales¹⁰.

Desde entonces, todos estos elementos han permitido aumentar la supervivencia y la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH. Muestra de ello es que, entre 2000 y 2001 se han reducido en un 30% los diagnósticos de sida en la CAPV (203 casos diagnosticados en 2000 y 142 en 2001) y que la mortalidad ha sido un 32% inferior (96 fallecidos en 2000 y 65 en 2001)⁴. En la actualidad muchas personas portadoras del VIH llevan una vida laboral y social activa.



A finales del pasado año, el número de pacientes que, en nuestra Comunidad, se encontraba en tratamiento con antirretrovirales era de 3.452. De ellos 2.998 (87%) en terapia triple, 295 (8,5%) en terapia cuádruple y 127 (3,7%) en terapia doble.

El coste económico de este tratamiento en 2001 ha sido de 3.155 millones de pesetas, un 4,24% más que en 2000 (3.026 millones).

Sin embargo este hecho ha tenido también una contrapartida. La eficacia de los medicamentos antirretrovirales ha hecho que se haya bajado la guardia en la adopción de medidas preventivas. Por ello, en el

momento actual uno de los problemas más preocupantes es el repunte en las prácticas de riesgo.

El Sistema de Vigilancia de Nuevas Infecciones por el VIH

Hasta hace unos meses, la única forma de medir la epidemia consistía en contabilizar el número de enfermos de sida, lo que se ha venido haciendo a través del Registro de Casos de Sida que funciona desde 1987.

Como hemos señalado, los excelentes resultados obtenidos con los llamados "cócteles de medicamentos" han tenido como consecuencia, a partir de 1997, una drástica disminución del número de casos de sida. Esto hace que haya perdido valor el único referente que teníamos para medir la evolución de la epidemia, ya que los casos de sida pierden fuerza y representatividad en relación al número de infectados por el VIH que, con la medicación, no desarrollan o lo hacen mucho más tarde la enfermedad.

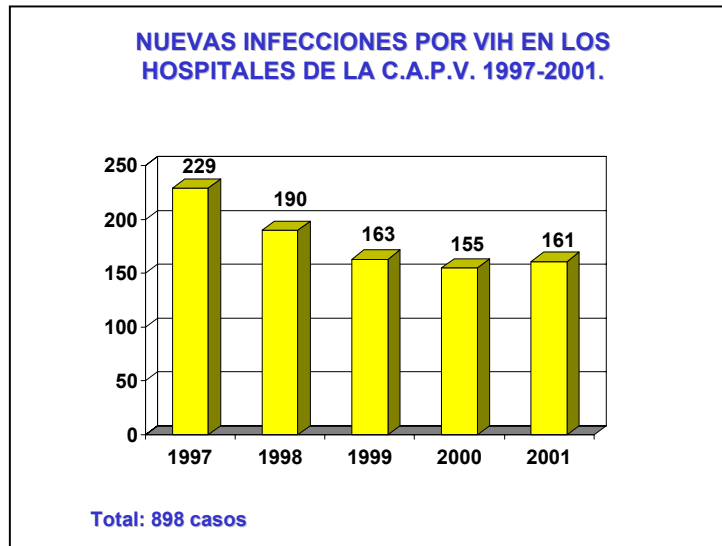
En este contexto, el único dato que nos podía dar una visión real de la situación era contabilizar cuántas personas se están infectando y a través de qué prácticas de riesgo.

Por ello, en enero del 2002 se puso en marcha el Sistema de Vigilancia de Nuevas Infecciones por VIH para recoger los nuevos diagnósticos de infección por este virus. Además, para contar con una serie más amplia y, por tanto, que reflejase con más perspectiva lo que está ocurriendo, se ha analizado también retrospectivamente los nuevos diagnósticos durante los últimos cinco años.

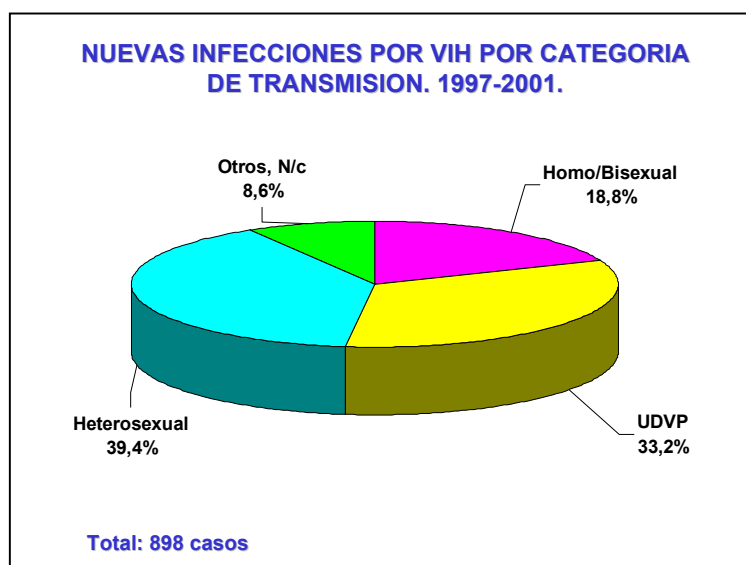
Este sistema de vigilancia no es un fichero de carácter personal ya que no se registran ni el nombre, ni los apellidos, ni la fecha de nacimiento, ni la dirección, ni el municipio de residencia de las personas infectadas. Todo ello garantiza no sólo la confidencialidad sino, en la práctica, el anonimato de las personas seropositivas. Sin embargo, sí nos sirve para el propósito de conocer de forma fiable cómo se está diseminando actualmente el VIH en nuestra Comunidad.

El primer dato que nos ha suministrado el estudio retrospectivo de los últimos cinco años (1997-2001) es que durante este período se han diagnosticado 898 personas que han dado por primera vez resultado

positivo al test del sida. De ellos, el 73% son hombres y el 27% mujeres, siendo la tendencia claramente descendente¹¹.

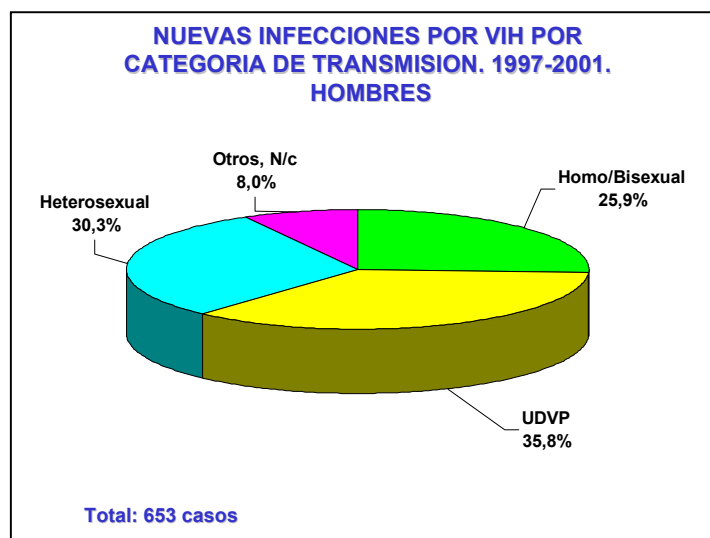


El dato que se puede considerar de mayor relevancia es que la infección por VIH ha dejado de ser en Euskadi una infección que se transmite fundamentalmente a través de jeringuillas para convertirse, al igual que ocurre en el resto del mundo, en una enfermedad de transmisión sexual. Durante estos últimos cinco años, más de la mitad de los nuevos infectados (58,2%) ha adquirido el VIH por vía sexual -homo o heterosexual-, mientras que sólo uno de cada tres (33,2%) lo ha hecho por compartir jeringuillas.

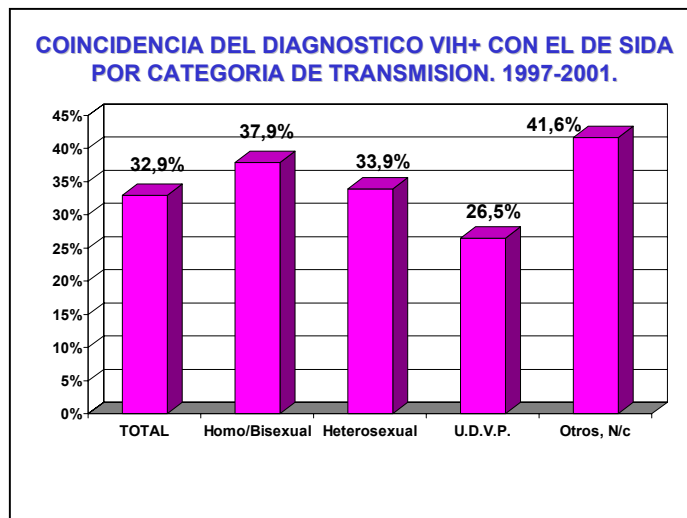


Esto, que se sospechaba hace tiempo, se ha constatado por vez primera con este estudio.

Pero, además, hay otro dato preocupante: uno de cada cuatro (26%) varones infectados a lo largo de estos últimos 5 años pertenece al colectivo gay. Para poder darse cuenta de su importancia, es importante recalcar que, de los 4.653 enfermos diagnosticados en nuestra comunidad de sida desde 1984, solamente el 5% se ha infectado por relaciones homosexuales. Esto demuestra que ha llegado aquí lo que ocurrió en EE.UU o en Europa del norte y central hace dos años e indica la relajación de las medidas de prevención por un exceso de confianza en la medicación.



Un aspecto de gran trascendencia es el hecho de que, en el 33% (295/898) de los nuevos infectados por el VIH en los últimos cinco años, el diagnóstico de nueva infección coincidía con el de sida. Es decir, estas personas se enteraban de que eran seropositivas cuando se encontraban ya en el hospital, enfermas de sida, algunas de ellas con cánceres, otras hemipléjicas por infecciones cerebrales u otros procesos graves.



Infección por VIH e inmigrantes

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en Euskadi que ha ido adquiriendo protagonismo en los últimos diez años y que plantea numerosos retos tanto sanitarios como sociales; la prevención y el tratamiento de la infección por VIH y la problemática asociada es uno de ellos.

En España, hasta junio de 2000 se habían declarado 58.091 casos de sida, de los que el 1,9% eran personas cuyo país de origen era diferente.

Aunque la inmigración es heterogénea, una proporción importante de estas personas tiene serias limitaciones para la atención sanitaria debido tanto a barreras legales como culturales, lo que les hace vulnerables a diferentes patologías y en especial al VIH¹².

En los años 80, coincidiendo con el inicio de la epidemia, a muchos países europeos les preocupó que los inmigrantes pudieran ser una vía de entrada del VIH. Sin embargo, 20 años después, sabemos que la epidemia europea ha sido fundamentalmente autóctona, reconociéndose que las poblaciones móviles y los inmigrantes son más vulnerables a la infección por VIH ya que en ellos concurren factores como la precariedad social y económica y el desarraigo cultural y afectivo.

Por todo lo señalado, este colectivo se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios para la prevención del sida en nuestro país.

II. DESARROLLO DEL PLAN ESTRATEGICO

1.- Naturaleza del Plan

Un nuevo Plan Estratégico de Prevención y Control del Sida es esencial para hacer frente más eficazmente a la infección por VIH.

Todo lo referido en el capítulo anterior nos conduce al hecho de que se ha producido un giro fundamental en la epidemia de VIH/Sida en nuestra Comunidad que hemos denominado gráficamente "de la jeringuilla a la transmisión sexual".

Por ello, es preciso modificar de alguna forma la prioridad de la lucha contra el sida en nuestra comunidad, incidiendo en la transmisión sexual del VIH, tal y como ocurre en el resto del mundo. Esto no quiere decir que haya que dejar de realizar actividades preventivas en el campo de la transmisión del VIH a través de las jeringuillas. Se van a seguir realizando ya que sabemos que si es difícil cambiar los hábitos de las personas, muchas veces lo es más mantener estos cambios a lo largo del tiempo.

- **1.1.Descripción**

Durante el período 2003-2006 se va a desarrollar un conjunto de acciones en diferentes colectivos dirigidas a frenar, en primer lugar, la diseminación sexual del VIH y, en segundo, la transmisión a través de compartir jeringuillas.

Los colectivos que en la actualidad se consideran a riesgo de contraer el VIH son: parejas de personas seropositivas, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, adolescentes, usuarios de drogas y sus parejas, población inmigrante y personas que ejercen la prostitución, sin olvidar la población general sexualmente activa.

Estas acciones se van a realizar a través de diferentes medios y organizaciones entre los que destacan ONGs, oficinas de farmacia, centros escolares, centros sanitarios, penitenciarios y medios de comunicación.

- **1.2.Marco institucional**

El marco en el que se van a desarrollar estas acciones se basa en la Orden 23 de julio de 1987, del Departamento de Sanidad y Consumo, por la que se crea el Plan para la Prevención y Control del Sida y de las infecciones relacionadas con el VIH (BOPV nº 156, de 14 de agosto de 1987) (Anexo I) y en la Orden de 6 de octubre de 1992, del Consejero de Sanidad, por la que se determina la composición y funciones de las Comisiones Asesoras del Plan para la Prevención y Control del Sida (BOPV nº 201 de 15 de octubre de 1992) (Anexo II).

Durante estos quince años se han realizado una serie de acuerdos y convenios con diferentes instituciones, unos formales y otros más informales, entre los que queremos destacar los siguientes:

- Convenio de Colaboración entre el Departamento de Sanidad y Consumo y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Euskadi para la prevención del sida de 18 de octubre de 1989 (Anexo III).
- Convenio de Colaboración entre el Gobierno Vasco, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y las Asociaciones de Empresarios Farmacéuticos de la CAPV, para la prevención del sida y otras enfermedades de transmisión sexual de 12 de mayo de 1995 (Anexo IV).
- Orden de 26 de marzo de 1996, de los Consejeros de Educación, Universidades e Investigación y de Sanidad, sobre colaboración en materias de promoción y educación para la salud (BOPV nº 80 de 25 de abril de 1996) (Anexo V).
- Orden de 6 de junio de 1996, de los Consejeros de Educación, Universidades e Investigación y de Sanidad, sobre colaboración en materias de promoción y educación para la salud (BOPV nº 126 de 2 de julio de 1996) (Anexo VI).
- Ayudas a ONGs que realizan sus actividades en el campo del sida desde 1987. (Anexo VII: Convocatoria y Adjudicación de 2002).
- Acuerdo con Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior.
- Colaboración con la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

- Colaboración con el Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad.

Desde un punto de vista operativo el Plan Estratégico sigue las líneas básicas de actuación marcadas por los diferentes Planes elaborados por el Plan Nacional sobre el Sida¹³, siendo el último el de 2001-2005¹⁴.

- **1.3.Finalidad**

El objetivo final del Plan Estratégico es, en primer lugar, frenar la diseminación sexual del VIH, tanto por vía homosexual como heterosexual y, en segundo, evitar la transmisión del VIH a través de jeringuillas.

Estos objetivos, aparentemente sencillos y claros, llevan implícitos una serie de objetivos específicos sobre cambios de hábitos y mantenimiento de estos cambios en cada uno de los colectivos implicados.

- **1.4.Punto de partida**

Evidentemente no partimos de cero. A lo largo de estos dieciseis años se han desarrollado multitud de acciones destinadas a frenar la diseminación del VIH. Así, la primera campaña de prevención del sida realizada por el Departamento de Sanidad, conjuntamente con el colectivo EHGAM, en 1985, fue dirigida al colectivo gay. Durante los veranos de 1988 y 1989 se realizaron las primeras campañas de publicidad destinadas a sensibilizar a la población sobre el riesgo de transmisión sexual del VIH -"Preserbatu"-, en las que se distribuyeron cientos de miles de preservativos a los jóvenes durante las fiestas de los pueblos, en playas, etc.

Desde 1989 se están realizando programas de prevención del sida y de educación afectivo-sexual en los centros escolares¹⁵.

Las ayudas del Departamento de Sanidad a las ONGs siempre han considerado la financiación de programas destinados a frenar la transmisión sexual del VIH en el colectivo gay, mujeres que practican la prostitución, internos de centros penitenciarios, jóvenes, etc.

Las diferentes encuestas y trabajos realizados nos muestran una serie de datos de gran interés respecto a la situación en que nos encontramos actualmente en el campo de la prevención de la transmisión sexual del VIH.

Una encuesta realizada en 2001 mostraba que el 90% de los universitarios en Euskadi había utilizado el preservativo en la primera relación sexual de penetración. Respecto a su percepción del riesgo con respecto al VIH, los resultados son algo desalentadores. En su primera relación sexual, al 70% de los chicos y chicas no pensó que podían estar corriendo algún riesgo de infectarse por el VIH¹⁶.

Un estudio realizado en octubre de 1999, en trece centros escolares de nuestra comunidad, a 400 chicos y chicas, de 17 y 18 años, escolarizados en bachiller y formación profesional, para conocer qué pensaban sobre la comunicación entre padres e hijos en aspectos referentes a la sexualidad y al sida, mostró los siguientes datos¹⁷:

- El tema sobre el que más hablan hoy en día los chicos y chicas con sus padres es la escuela y los estudios (índice medio de frecuencia*: 78). Por el contrario, de lo que menos hablan es de sexualidad (32) y de métodos anticonceptivos (28). El sida (43), las drogas (43) y las relaciones con personas del otro sexo (43) ocupan un lugar intermedio.
- En la práctica totalidad de los temas analizados en la encuesta, tanto los chicos como las chicas hablan más con sus madres que con sus padres. El mayor nivel de conversación en todos los temas se registra entre madres e hijas.
- La principal fuente de información sobre sexualidad de los chicos y chicas de 17-18 años son los amigos (37%), seguida del centro escolar (17%) y los medios de comunicación (16%). Los padres y madres ocupan el cuarto lugar (15%).

Sin embargo, cuando se plantea a los jóvenes de dónde les gustaría obtener este tipo de conocimientos, casi la mitad (47%) afirma que los principales informadores sobre sexualidad deberían ser en primer

lugar sus padres y madres. El segundo lugar lo ocuparía el centro escolar (23%).

- En cuanto al sida, el 96% considera que es un problema muy grave o bastante grave en nuestra sociedad. El 52% de los entrevistados percibe el sida como un problema cercano, mientras que el 43% lo considera lejano. Las razones de estos últimos son variadas: dicen no conocer a nadie que tenga sida ni a personas que tengan riesgo de tenerlo, no mantienen relaciones sexuales de penetración, toman precauciones cuando las mantienen o no creen que "les vaya a tocar"
- Cuando los chicos y chicas han hablado sobre el sida con sus padres y madres, los temas más tratados han sido el riesgo de infectarse a través de relaciones sexuales (55%) y el uso del preservativo como barrera ante el sida (45%).
- Solo una minoría -el 12% de los chicos y el 8% de las chicas- no ha hablado nunca del sida con sus padres.
- El 75% de los que ha hablado con sus padres del sida está satisfecho por la forma en que han tratado el tema. Solamente el 10% está insatisfecho y apunta las siguientes razones para estarlo: han hablado del sida de forma superficial, los padres consideran que el sida es algo muy lejano a sus hijos y los padres no tienen suficiente formación para hablar del tema del sida.
- Finalmente, los chicos y chicas indican que, si en este momento tuvieran que plantear alguna cuestión relacionada con sexualidad y sida, el 29% acudiría a un amigo, el 23% a su madre, el 15% a su pareja y el 8% a su padre.

Las conclusiones de este estudio son claras. La sexualidad y los métodos anticonceptivos continúan siendo uno de los temas tabúes del diálogo padres/hijos. Sin embargo, los chicos y chicas piensan que esta información la tendrían que recibir en primer lugar de sus padres y madres.

Hablar sobre el sida parece más asequible y menos problemático que hacerlo sobre sexualidad. Por ello, hablar sobre la infección por VIH podría ser la puerta de entrada para tratar otros temas considerados más "difíciles".

En todo caso, es fundamental que padres y madres deben asumir un papel más activo al comunicarnos con nuestros hijos e hijas, acercándose a su realidad, intentando comprender lo que tiene importancia en sus vidas, interesándose más por sus opiniones y preocupaciones, ... Una vez dados estos pasos, resulta más fácil que los chicos y chicas puedan plantear sus preocupaciones sobre la sexualidad y el sida, y que los padres y madres puedan ofrecer mensajes claros de prevención.

Cuando analizamos las dificultades existentes para la utilización de medidas preventivas, existe la impresión de que, entre los jóvenes, llegar a utilizar un preservativo es una auténtica carrera de obstáculos, entre los que hay que destacar los siguientes:

- la baja percepción del riesgo que tienen los jóvenes
- lo difícil que es asumir y tener presente la idea de que cualquier persona puede estar infectada por el VIH o ser portadora de una ETS
- el problema que supone llevarlo, especialmente en el propio hogar
- la complejidad que presenta proponer su utilización a la pareja y la negociación en caso de respuesta negativa
- y, finalmente, la falta de un diálogo sobre sexualidad en el seno de las familias que convierte a estos temas en algo tabú.

De hecho, los organismos internacionales como la OMS afirman que los programas de prevención no aumentan la frecuencia de la actividad sexual sino la responsabilidad de chicos y chicas a la hora de asumir la relaciones sexuales protegidas.

Así, los estudios realizados en los últimos años nos muestran que este tipo de iniciativas han conseguido que la utilización "siempre" del preservativo haya aumentado entre los jóvenes de una manera considerable, pasando de un 47% en 1990 a un 70% en 1999⁹.

En 1998 se realizó un estudio cuantitativo⁹ a una muestra de 400 personas, residentes en la Comunidad Autónoma Vasca, con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años, a fin de averiguar cuáles eran sus comportamientos sexuales dominantes, si éstos eran preventivos

ante el VIH y analizar en qué medida la irrupción del VIH había modificado su conducta sexual.

La edad media en la que los jóvenes mantuvieron su primera relación sexual de penetración fue de 19,5 años, mientras que el inicio de las prácticas sexuales en general (besos, caricias...) fue 3 años inferior. La edad media de inicio de las relaciones sexuales de penetración varía en función de la edad actual de las personas entrevistadas. A mayor edad, las relaciones sexuales de penetración se inician más tardíamente, pasando de 19,1 años en el grupo más joven (20-29 años) a 19,8 años en el grupo de 30 a 39 años.

Centrándonos en la primera relación sexual de penetración, se puede comprobar que en los más jóvenes (20-29 años) el uso de algún método anticonceptivo es sensiblemente superior: 81% frente al 62% en el grupo de 30 a 39 años.

En relación al tipo de método anticonceptivo utilizado, 9 de cada 10 jóvenes de 20 a 29 años se decantó por el preservativo frente a 7 de cada 10 en el grupo de 30 a 39 años, existiendo en este último una mayor diversificación de métodos (píldora anticonceptiva, coito interrumpido).

La edad vuelve a ser un factor influyente en las razones que fundamentan la elección del preservativo. Así, en el grupo de 30 a 39 años su uso obedece fundamentalmente al deseo de evitar el embarazo. Sin embargo, en el grupo más joven (de 20 a 29 años), aunque el uso del preservativo como método para impedir embarazos fue mayoritario, el 23% lo utilizó como barrera frente al sida u otras enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto al comportamiento sexual actual y en lo que respecta al uso del preservativo en función del tipo de pareja sexual, el 59% del conjunto de la muestra que tuvo relaciones sexuales de penetración con una pareja sexual habitual en el último año usó el preservativo frente al 72,3% de los que tuvieron parejas sexuales esporádicas.

Por otra parte, el 86% del conjunto de personas de 20 a 39 años manifestó haber tenido una o más parejas sexuales habituales durante el último año y el 27% tuvo parejas sexuales esporádicas. La edad y el número de parejas sexuales mantienen una correlación de signo negativo,

de forma que a medida que disminuye la edad aumenta el número de parejas sexuales.

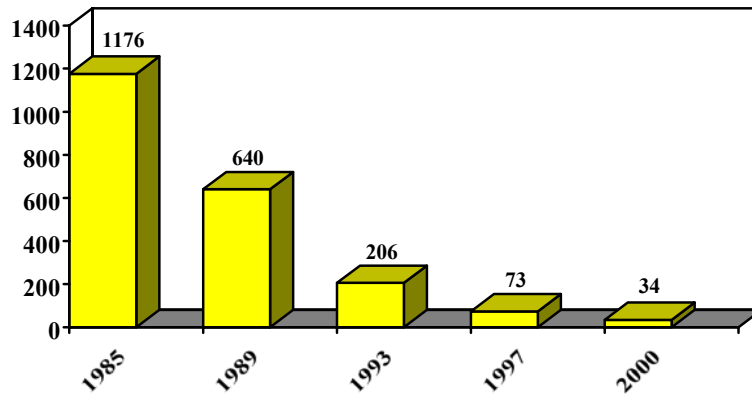
Asimismo, se ha obtenido un índice de frecuencia para cada una de las diferentes prácticas sexuales. Los resultados que arroja este índice indican que, después de los besos y caricias, la penetración vaginal ocupa el primer lugar seguida de la masturbación en pareja y el sexo oral. La masturbación propia ocupa el último lugar siendo practicada mucho más por hombres que por mujeres.

En referencia al cambio de hábitos, el 37% de las personas de 20 a 39 años que mantuvo relaciones sexuales de penetración en el último año, reconoció que, en alguna medida, había modificado sus hábitos sexuales a raíz de la aparición del VIH/sida. El índice medio de modificación (0-100) fue de 21,6, registrándose en este caso diferencias significativas en base al sexo.

Entre las mujeres, el 71% negó cualquier influencia del VIH en su comportamiento sexual mientras que entre los hombres la proporción de quienes reconocieron algún tipo de modificación en sus hábitos sexuales alcanzó a un 45%. El principal cambio fue el uso del preservativo con las parejas sexuales esporádicas, siendo señalado por el 77% de quienes reconocían alguna modificación en la conducta sexual.

Las encuestas de hábitos sexuales realizadas en 2000-2001¹⁸ a las personas que se realizan el test del sida por haber mantenido prácticas sexuales de riesgo muestran, por ejemplo, que únicamente el 40% de los varones homosexuales refiere utilizar preservativos *siempre* con parejas ocasionales. Entre las personas heterosexuales este porcentaje asciende al 53% y entre los usuarios de drogas que mantienen relaciones heterosexuales con parejas esporádicas al 54%.

Un dato de gran interés es la evolución de las enfermedades de transmisión sexual. Durante 1985 -recordemos que fue el año en que el Departamento de Sanidad realizó la primera campaña de prevención del sida-, se diagnosticaron 1.176 casos de gonococia. A partir de entonces se ha producido un descenso continuado de estas infecciones, llegando a 26 casos en el año 2001.



Evolución de los casos de gonococia entre 1985 y 2001 en Euskadi

Otro tanto ha sucedido con la sífilis, que ha pasado de 79 casos en 1985 a 9 en el 2001.

Sin duda alguna, el descenso de estas enfermedades de transmisión sexual nos permite ser optimistas. Sin embargo, y a pesar de que a lo largo del año 2000 el consumo de preservativos en nuestra Comunidad ha sido de alrededor de 6 millones de unidades, recientes estudios sobre hábitos y prácticas sexuales realizados en distintos grupos de población confirman que el uso del preservativo no alcanza la frecuencia deseada.

Se observa, por tanto, que el sexo seguro no está totalmente adoptado y que es necesario mejorar y orientar las actividades de prevención dirigidas a la población sexualmente activa.

- **1.5. Objetivo general**

El objetivo fundamental de este Plan Estratégico es la prevención de la transmisión sexual del VIH.

- **1.6. Objetivos específicos**

- **1.6.1. Prevención en población general**

- Mantener e incrementar el nivel de información general de la población sobre la infección por VIH/sida, sus mecanismos de transmisión y las conductas que favorecen su transmisión, especialmente en aquellos segmentos de población con mayores dificultades de acceso a la información.
- Promover la adopción y el mantenimiento de conductas saludables, principalmente relaciones sexuales más seguras, favoreciendo el uso del preservativo como medida de prevención de la infección VIH.
- Mejorar la aceptación social de los distintos estilos de vida y de los programas y medidas de prevención, tanto sexual como de inyección, especialmente los dirigidos a los colectivos más vulnerables.
- Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH y el counseling, reduciendo las barreras informativas, psicológicas o sanitarias para la realización de la prueba y promoviendo en la población la identificación correcta del riesgo individual de infección.

- **1.6.2. Prevención en jóvenes y adolescentes**

- Ampliar el desarrollo actual de la prevención del VIH/sida en el contexto de la promoción y la educación para la salud sexual en la escuela.
 - Promover el aprendizaje de habilidades para el desarrollo de conductas sexuales saludables desde una perspectiva de género.
 - Aumentar, mejorar e intensificar las intervenciones y los programas educativos dirigidos a jóvenes en situaciones de alto riesgo, reconociendo sus problemas específicos y su especial vulnerabilidad a la infección.
 - Abordar las actividades de prevención del VIH con un enfoque global, en el contexto de la promoción de la salud sexual, prevención de las ETS y de los embarazos no deseados.
 - Fomentar la correcta utilización del preservativo teniendo en cuenta el contexto de las relaciones de pareja.

- Sensibilizar a los jóvenes acerca de la relación entre consumo de drogas y la adopción de conductas sexuales de riesgo.

· Mejorar y ampliar el acceso de los jóvenes a los servicios sanitarios, adecuándolos a sus preferencias y sus necesidades.

• **1.6.3. Prevención en usuarios de drogas por vía parenteral**

· Reforzar las actividades de prevención de la transmisión sexual del VIH, desarrollando acciones para parejas serodiscordantes e intensificando las actividades de prevención en los infectados.

· Intensificar las actividades de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de infecciones asociadas al consumo de drogas, hepatitis, tuberculosis y ETS, además del VIH, desde los centros y servicios de atención a drogodependientes.

• **1.6.4. Prevención en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales**

· Intensificar las actividades de prevención específicas para hombres homosexuales jóvenes.

· Mantener las actividades de prevención dirigidas a reducir, entre los hombres homosexuales, el número de ocasiones en las que se produce la penetración anal no protegida entre hombres de estado serológico discordante.

· Desarrollar intervenciones específicas para prevenir las recaídas y fomentar la adherencia a las prácticas sexuales más seguras.

· Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH y las medidas para aumentar la percepción de riesgo individual.

· Sensibilizar acerca de la importancia en la adopción de medidas de prevención, de separar en el tiempo las relaciones sexuales y el consumo de alcohol y de otras drogas.

· Potenciar el movimiento asociativo para extender a todas comunidades autónomas los programas de prevención dirigidos a este colectivo.

· Establecer sistemas de monitorización de las conductas de riesgo para la transmisión del VIH y sus determinantes en la comunidad homosexual.

- Evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas dirigidas al colectivo homosexual.

- **1.6.5. Prevención en personas que trabajan en la prostitución**

- Aumentar los conocimientos y las habilidades de los trabajadores del sexo para negociar prácticas sexuales más seguras con clientes y parejas sexuales.

- Mejorar el conocimiento a los sistemas de acceso al sistema sanitario, especialmente a los servicios de ETS y programas de prevención del VIH.

- Caracterizar las necesidades preventivas de subgrupos específicos de este colectivo con mayor vulnerabilidad a la infección por VIH

- Facilitar la puesta en marcha de programas de acercamiento a travestis y hombres que ejercen el sexo comercial.

- Fomentar el asociacionismo y la participación del colectivo en el diseño y desarrollo de los programas de prevención

- **1.6.6. Prevención en prisiones**

- Intensificar las actividades de sensibilización y formación de funcionarios de prisiones, incluyendo los de vigilancia, para conseguir un clima favorable a los programas de reducción de daños, en el que los reclusos accedan sin barreras a los programas existentes.

- Promocionar la adopción y el mantenimiento de prácticas sexuales más seguras, tanto en las relaciones homosexuales como en las heterosexuales, mediante una adecuada diversidad de estrategias educativas y el acceso a los instrumentos de prevención.

- Promocionar la participación de los internos en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones preventivas.

- **1.6.7. Prevención en inmigrantes**

- Desarrollar campañas de prevención de VIH/SIDA dirigidas a inmigrantes en diferentes idiomas y ampliar a otros idiomas y otros medios de difusión.
 - Apoyar técnica y económicamente programas de prevención del VIH/SIDA culturalmente adaptados para minorías étnicas y aquellos grupos de personas que llegan a Euskadi en situación de vulnerabilidad (precariedad legal, socio-económica, laboral y afectiva) para infectarse por el VIH.
 - Apoyar técnica y económicamente proyectos de investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para el VIH/SIDA en minorías étnicas y en personas que llegan a Euskadi en situación de vulnerabilidad.
 - Mejorar e impulsar las actividades de vigilancia epidemiológica del VIH y del sida en poblaciones inmigrantes y minorías étnicas en Euskadi, con especial atención a la recogida de la variable "país de origen" en el registro autonómico de casos de sida.
 - Extender la realización de seminarios/encuentros dirigidos a las asociaciones de inmigrantes y minorías étnicas para capacitarles en el aprovechamiento de los recursos que ofertan las administraciones públicas (solicitud de subvenciones de programas de intervención, elaboración de los mismos, etc).
 - Potenciar la incorporación de la figura de los mediadores culturales y agentes de salud comunitarios en las organizaciones sanitarias que trabajan con inmigrantes y minorías étnicas ya sean gubernamentales o no gubernamentales.
 - Estimular el trabajo y la colaboración entre las asociaciones de inmigrantes de carácter cultural, social o sindical y las ONGs con experiencia de trabajo en VIH/SIDA para desarrollar actividades preventivas eficaces en sus colectivos.
- **1.7. Destinatarios**
 - Población general sexualmente activa
 - Jóvenes y adolescentes
 - Usuarios de drogas y sus parejas
 - Hombres con prácticas homosexuales o bisexuales

- Hombres y mujeres que trabajan en la prostitución
- Internos de centros penitenciarios
- Inmigrantes

- **1.8.Resultados pretendidos**

Los indicadores que podemos plantear para medir la eficacia de las acciones realizadas pueden ser múltiples, la utilización del preservativo en los diferentes colectivos, hábitos, prácticas de riesgo, etc. Muchos de ellos pueden ser difíciles de medir. Por ello nos hemos centrado en tres indicadores sencillos pero que miden de forma muy real la adopción de medidas preventivas en las relaciones sexuales: la incidencia de VIH, gonococia y sífilis.

Los resultados pretendidos serían por tanto:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Reducir a cero el número de nuevas infecciones en recién nacidos para el año 2006. • Reducir en un 30% el número de nuevos infectados por VIH en adultos (160 en la actualidad) para 2006. • Reducir a menos de 40 las nuevas infecciones por gonococo para 2006 • Reducir a menos de 10 las nuevas sífilis |
|--|

- **1.9.Localización y cobertura**

El área de cobertura del Plan Estratégico es la Comunidad Autónoma Vasca

2.- Actividades y tareas a realizar

- **2.1.Descripción**

- **Campañas de publicidad**

Anualmente se llevarán cabo campañas de publicidad para tratar de llegar directamente a las personas sexualmente activas, especialmente, a los jóvenes.

Se realizarán preferentemente durante la primavera porque es durante esta época y los meses de verano cuando el consumo de preservativos aumenta de forma significativa en toda la población y más especialmente entre la gente joven, según indican los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Las campañas tendrán una duración limitada en el tiempo, de alrededor de dos semanas.

Dado el público al que se dirige la campaña y la época del año en que realiza, el medio fundamental a utilizar será la publicidad exterior: carteles en cabinas telefónicas, metro, estaciones, marquesinas de autobuses y de tren, etc. Es decir, se colocarán en lugares concretos de paso de jóvenes: Metro de Bilbao, Euskotren en Gipuzkoa y Bizkaia, estación de Renfe y estación de autobuses en Vitoria-Gasteiz. Si se incluye la radio, las cuñas se emitirán en programas de radio de gran audiencia entre la gente joven.

En las campañas se procurará incluir la comunicación sobre la disponibilidad en las farmacias de envases de tres preservativos a precio moderado, la "oferta segura", que se puso en marcha en 1995 mediante un Convenio entre el Departamento de Sanidad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa.

En el desarrollo de las campañas se dedicará un apartado específico a la población masculina homosexual por dos razones: para atender a la realidad y a la demanda planteada en varias ocasiones por estas personas y porque, como hemos señalado, diferentes estudios muestran que esta población, que fue pionera en adoptar medidas preventivas, está bajando la guardia.

- **Actividades desarrolladas en centros escolares**

Desde 1989 se desarrollan, conjuntamente con el Departamento de Educación, diferentes actuaciones destinadas a sensibilizar a los chicos y chicas de 16 a 18 años sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas en las relaciones sexuales. Es decir, dirigidas a aquellos chicos y chicas que se están planteando iniciar -o ya han iniciado- sus relaciones sexuales porque, en muchas ocasiones, este hecho se produce en situaciones que, por inesperadas o esporádicas, favorecen poco la adopción de medidas preventivas.

A lo largo de estos cuatro años las acciones a realizar son las siguientes:

- Distribución anual de materiales (manuales, videos, etc) a los centros educativos.
- Cursos de formación de profesorado del Departamento de Educación, Universidades e Investigación.
- Elaboración de nuevos materiales sobre infección por VIH y sida y educación afectiva sexual dirigidos a profesores y alumnos.
- Elaboración de un video sobre prevención del sida, ETS y embarazos no deseados.

Con estas acciones se persigue:

- Aumentar significativamente los conocimientos de los jóvenes sobre las vías de contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- Reducir las actitudes negativas hacia el uso del preservativo.
- Que los chicos y chicas se sientan más capaces de afrontar la negativa de su pareja para el uso del condón.

- **Proyectos desarrollados por ONGs**

Las ONGs de la CAV que trabajan en el campo del sida colaboran activamente en programas preventivos que son subvencionados por el Departamento de Sanidad.

Tal y como se indica en el Anexo VII, las prioridades marcadas para acceder las ayudas en el campo de la prevención del sida son: usuarios/as de drogas por vía parenteral, población homosexual, trabajadores/as del sexo, presos/as, jóvenes, parejas sexuales de personas infectadas por VIH, e inmigrantes.

El planteamiento de las ayudas para los próximos años se va a centrar cada vez más en la transmisión sexual del VIH.

Los proyectos que consideramos de mayor interés son (Anexo VIII):

- Talleres dirigidos a personas con prácticas homosexuales.
- Reparto de kits en el colectivo homosexual.

- Intervenciones psicosociales en mujeres que ejercen la prostitución.
- Cursos dirigidos a inmigrantes
- Educación para la salud y prevención del VIH en colectivos de etnia gitana.
- Programas dirigidos a hombres que ejercen la prostitución.
- Reparto de preservativos en fiestas a los jóvenes.
- Encuentros y jornadas dirigidos a jóvenes, mujeres, minorías étnicas, etc.
- Proyectos sobre educación sexual desarrollados en centros penitenciarios.
- Prevención de ETS y embarazos no deseados en mujeres que ejercen la prostitución.
- Programas de formación de formadores.

- **Acciones a realizar en las oficinas de farmacia**

Todos los programas que se realizan actualmente en las oficinas de farmacia, aunque estén dirigidos a UDVPs, tienen siempre un componente de prevención sexual del VIH. Se va a potenciar esta parte en los programas del kit antisida y los programas de intercambio de jeringuillas. Se va a potenciar la oferta de 3 preservativos a precio reducido y la distribución de material informativo y educativo dirigido a los jóvenes. Como novedad, durante 2003 se tratará de poner a disposición de la población el preservativo femenino en las farmacias.

- **Información desde el Plan del Sida**

Se publicitará de forma sistemática en todas las campañas, folletos y acciones, el teléfono de información del sida (943-00.64.64) como elemento de información de primer orden.

- **Publicitar los centros específicos de realización del test del sida**

Se publicitará la posibilidad de realizarse el test del sida de forma anónima y confidencial, si se han tenido prácticas de riesgo, en los centros de Bilbao, Donostia y Vitoria-Gasteiz.

- **Programas en los centros penitenciarios**

Una vez implementados los programas de intercambio de jeringuillas, de mantenimiento con metadona y otros en los tres centros penitenciarios de Euskadi, se potenciarán programas dirigidos a prevenir la transmisión sexual del VIH.

- **Creación de una consulta de ETS en Donostia**

Desde hace varios años las ONGs que trabajan en Gipuzkoa han solicitado la creación de una consulta de ETS en este territorio, al igual que ocurre en Bizkaia. Por ello, en diciembre de 2002 se ha creado una consulta en la Subdelegación de Salud Pública de Gipuzkoa que estará dirigida especialmente a hombres y mujeres que practican la prostitución y que están en situación ilegal. Su actividad se implementará de manera progresiva en 2003.

- **Página web sobre sida en la CAV**

Internet se ha convertido en un recurso cada vez más empleado por profesionales y usuarios en el campo de salud, muy especialmente por los jóvenes.

En 1999 se creó una página web dependiente del Departamento de Sanidad www.euskadi.net/sanidad/salud/sida/sida_c.htm que se actualiza de manera permanente. Es una página fundamentalmente práctica en la que las personas que acceden a ella encuentran, entre otras, una relación de los recursos sanitarios y sociales sobre sida, información sobre las ONGs que trabajan en este campo, lugares dónde realizarse el test del sida, datos sobre la evolución de la epidemia, programas escolares de prevención, programas dirigidos a usuarios de drogas, campañas, etc.

Pero sin duda, lo más interesante de esta página es su interactividad, es decir, la posibilidad de realizar consultas (sida-san@ej-gv.es). Cualquier persona puede solicitar información sobre aspectos relacionados con la infección por el VIH, prevención, tratamientos, aspectos sociales, etc. Incluso se puede recabar una opinión sobre el tratamiento que está recibiendo. Todas estas consultas

se contestan por profesionales de Osakidetza en un plazo máximo de 72 horas.

- **2.2.Priorización**

Todas las acciones se llevarán a cabo de forma coordinada. Algunas de ellas se realizan de forma continuada -programa del kit antisida en farmacias, programas de las ONGs,..-; otras de forma periódica - programas desarrollados en centros escolares, campañas publicitarias, etc-; y otras de forma puntual.

- **2.3.Calendario**

- **2003:**

- enero: evaluación de los proyectos realizados por las ONGs durante el año anterior.
- mayo: implantación del preservativo femenino en las oficinas de farmacia.
- mayo: planteamiento de un video dirigido a los centros escolares sobre sida, ETS y prevención del embarazo.
- mayo: impresión del material destinado a los centros escolares.
- junio: campaña de publicidad
- junio: adjudicación de las ayudas a las ONGs
- septiembre: distribución de material educativo a los centros escolares.
- diciembre: campaña del día mundial del sida
- de forma continuada se realizan otros programas.

- **2004:**

- enero: evaluación de los proyectos realizados por las ONGs durante el año anterior.
- mayo: impresión del material destinado a los centros escolares.
- junio: campaña de publicidad
- junio: adjudicación de las ayudas a las ONGs

- septiembre: distribución de material educativo a los centros escolares.
 - diciembre: campaña del día mundial del sida
 - de forma continuada se realizan otros programas.
- **2005:**
 - enero: evaluación de los proyectos realizados por las ONGs durante el año anterior.
 - mayo: impresión del material destinado a los centros escolares.
 - junio: campaña de publicidad
 - junio: adjudicación de las ayudas a las ONGs
 - septiembre: distribución de material educativo a los centros escolares.
 - diciembre: campaña del día mundial del sida
 - de forma continuada se realizan otros programas.
- **2006:**
 - enero: evaluación de los proyectos realizados por las ONGs durante el año anterior.
 - mayo: impresión del material destinado a los centros escolares.
 - junio: campaña de publicidad
 - junio: adjudicación de las ayudas a las ONGs
 - septiembre: distribución de material educativo a los centros escolares.
 - diciembre: campaña del día mundial del sida
 - de forma continuada se realizan otros programas.

3.- Estructura organizativa y de gestión

La estructura organizativa del Plan Estratégico se basa en la Unidad del Plan de Prevención y Control del Sida, formada por un coordinador, dos técnicos y una administrativa.

Existen tres Unidades específicas donde se puede realizar el test del sida de forma anónima (Bilbao, Donostia y Vitoria-Gasteiz) que complementan la posibilidad de hacerlo en los centros de Atención Primaria.

Existen dos Unidades de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en Bilbao y Donostia, especialmente dirigidas a personas que de forma anónima quieren realizar una consulta por diferentes motivos: situación ilegal, prostitución, prácticas homosexuales, heterosexuales, etc.

Las ONGs que desarrollan su actividad en el campo del sida en la CAV mantienen una estructura estable de funcionamiento tanto en el aspecto de personal como en el de infraestructura.

En el momento actual la práctica totalidad de las oficinas de farmacia de Euskadi colaboran y están a disposición de los responsables sanitarios para desarrollar diferentes tipos de acciones preventivas.

Muchos de los centros escolares de Euskadi participan en estos momentos en programas de prevención del sida o de educación afectivo sexual.

4.- Determinación de recursos necesarios

- **4.1. Humanos**

Profesionales y voluntarios que desarrollan su actividad en las estructuras que hemos señalado.

- **4.2. Materiales**

En la actualidad se dispone de material educativo tanto dirigido a la población general como a los colectivos señalados para desarrollar las acciones indicadas. Cada año se publica el material educativo necesario para centros escolares, centros sanitarios, etc.

Material escolar: manual para el alumno, para el profesor, videos, etc. Se ha planteado la realización de un video nuevo en 2003 para utilizar como complemento a los programas que se están desarrollando en las aulas con alumnos y alumnas y que sirve para iniciar debates sobre diferentes temas. Recogerá cinco historias de unos 3 minutos cada una

sobre las distintas y más comunes situaciones en las que se pueden encontrar los chicos y chicas: prevención del sida, ETS y de embarazo no deseado.

- **4.3.Financieros**

Los fondos necesarios provienen del presupuesto del Plan de Prevención y Control del Sida, dependiente de Servicios Centrales de Osakidetza y del Departamento de Sanidad (Subvenciones a ONGs). En el punto 5 se indica el cálculo de costes.

- **4.4.Tecnológicos**

El material necesario se aporta desde Osakidetza y el Departamento de Sanidad.

5.- Cálculo de costes

- | | |
|---|-------------------|
| • Campañas de publicidad: | 113.410 euros/año |
| • Ayudas a ONGs: | 267.270 euros/año |
| • Kit antisida: | 106.830 euros/año |
| • Material educativo (folletos, manuales..) | 50.000 euros/año |
| • Otras partidas, varios. | 15.000 euros/año |

Total anual: 452.510 euros/año

Total cuatro años: 1.810.000 euros

6.- Indicadores de evaluación y proceso de seguimiento del Plan Estratégico

La evaluación final es uno de los aspectos fundamentales del Plan Estratégico y su objetivo es mostrar tanto los logros obtenidos y los fallos, así como analizar si los objetivos establecidos han sido conseguidos. Esto incluye también la coherencia entre los objetivos fijados y los problemas detectados durante la implementación.

Asegurar la sostenibilidad de las actividades realizadas o apoyadas por el Plan del Sida es de gran importancia. La evaluación debe por tanto

no solamente analizar la posible sostenibilidad, sino también hacer recomendaciones sobre cómo se puede mejorar ésta.

En la evaluación se analizarán los siguientes apartados: preparación y concepción del Plan Estratégico, oportunidad, eficiencia, eficacia, conclusiones/recomendaciones y experiencia adquirida.

6.1. Preparación y concepción del Plan Estratégico

En esta parte se evaluará la fase de planificación y concepción del Plan Estratégico, desde la idea inicial del mismo hasta la propuesta definitiva. Se describirán las actividades preparatorias y se analizarán la coherencia y realismo en la concepción del Plan, describiendo:

- * los objetivos generales
- * el (los) objetivo(s) específico(s) del Plan Estratégico
- * los resultados
- * las actividades
- * las hipótesis/condiciones previas

6.2. Oportunidad del Plan Estratégico

Se evaluará la relación entre los problemas que deben solucionarse y los objetivos del programa en relación con su "entorno". Deberán revisarse también la evolución del contexto en el tiempo y sus consecuencias para la buena marcha del programa.

Se deberá evaluar la pertinencia de la estrategia y del planteamiento global, así como el grado de atención concedida a las soluciones alternativas.

6.3. Eficiencia

En este apartado se evaluará la eficacia con que se han llevado a cabo las actividades para conseguir los resultados del Plan Estratégico. ¿Han permitido los medios puestos a disposición y las actividades realizadas obtener resultados eficaces? ¿Podrían esperarse los mismos resultados u otros parecidos con costes más reducidos? Ello exige una evaluación de los distintos factores que afectan a la eficacia:

- Medios y costes

Esta sección contiene un análisis de coste-eficacia del Plan Estratégico. Deberá evaluarse la adecuación del presupuesto a los medios que vayan a utilizarse.

- **Organización, gestión y seguimiento**

Se evaluarán las acciones realizadas por los distintos actores en cada fase del ciclo del Plan en relación a las actividades y resultados previstos y realizados.

El análisis tratará las cuestiones siguientes: programa de actividades, calendario, gestión presupuestaria, fases, coordinación con otras estructuras, etc.

- **Métodos de intervención**

Se evaluarán las vías y métodos utilizados para la ejecución: tener en cuenta el grado de participación de los beneficiarios en la realización de las actividades del Plan Estratégico; ¿Habrían podido considerarse otras formas de actuación para un resultado equivalente o mejor? Examinar, por ejemplo, en este marco los métodos de divulgación, la importancia concedida a la formación y los enfoques elegidos, las formas y métodos de apoyo técnico, ...

6.4. Eficacia

En este apartado se analizará la relación resultados-objetivos específicos del Plan Estratégico. Hay que determinar en qué medida los resultados del programa han contribuido a la realización de los objetivos específicos y si se puede esperar, basándose en los resultados actuales, una contribución de este tipo en el futuro (deberán analizarse también los resultados no planificados). Habrá que prestar especial atención a los beneficiarios del programa. Se tratarán las cuestiones siguientes basándose, en la medida de lo posible, en indicadores verificables objetivamente:

- ¿Cuáles son los resultados y a quién benefician? (comparar los resultados reales con los previstos).
- ¿En qué medida han contribuido estos resultados a la consecución de los objetivos específicos del Plan Estratégico? ¿Puede esperarse que contribuyan a ellos en el futuro?

- ¿Hay resultados o beneficiarios no previstos?
- ¿Se han producido las hipótesis necesarias para plasmar los resultados en objetivos concretos? Si no es así, ¿por qué, y qué repercusiones ha tenido ello sobre el Plan Estratégico? ¿Se cumplirán estas hipótesis en el futuro o será necesario revisarlas?
- ¿Qué medidas políticas de acompañamiento deberán tomar, o habrían debido tomar, las autoridades?

6.5. Conclusiones y recomendaciones

Se resumirán los resultados globales y se formularán propuestas para el futuro. Las conclusiones deberán abarcar todos los aspectos importantes que exigen una acción futura y se prestará especial atención a los siguientes puntos:

Resultados globales

- ¿Cuáles son los principales logros y fallos del Plan Estratégico? ¿Qué factores han sido determinantes?
- ¿Los efectos/impacto observados justifican los costes?
- ¿Se han cumplido los objetivos en los plazos y dentro de los límites presupuestarios previstos?

Viabilidad

Se trata de presentar conclusiones y formular recomendaciones sobre los elementos clave de viabilidad del Plan Estratégico:

Alternativas

- ¿Podrían conseguirse los mismos efectos/impacto con costes más bajos?
- ¿Existen otros medios para conseguir los mismos resultados?
- ¿Es necesario reorientar el Plan Estratégico? Más concretamente, ¿es necesario continuar con todas las actividades? En caso contrario, describir en qué forma deberá reorientarse el Plan y resumir las propuestas en un marco lógico.

6.6. Experiencia adquirida

- ¿Qué lecciones pueden extraerse del Plan Estratégico en materia de políticas, organización y operatividad?
- ¿Qué condiciones previas podrían recomendarse antes de plantearse la puesta en marcha de otros Planes similares?

III. CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES

En los últimos años se ha producido un cambio radical en la epidemia de VIH/sida en la Comunidad Autónoma Vasca. La infección por VIH ha dejado de ser una infección que se transmite fundamentalmente a través de jeringuillas para convertirse, al igual que ocurre en el resto del mundo, en una enfermedad de transmisión sexual.

Esto nos indica que es preciso rediseñar las prioridades de la lucha contra el sida en nuestra comunidad, poniendo el acento en la transmisión sexual del VIH.

Para ello se plantea un Plan Estratégico de cuatro años de duración (2003-2006), liderado por el Plan de Prevención y Control del Sida, que incluye un conjunto de acciones en diferentes colectivos, entre los que se encuentran: población general, jóvenes y adolescentes, usuarios de drogas y sus parejas, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, personas que ejercen la prostitución e inmigrantes.

Estas acciones se van a realizar a través de diferentes medios y organizaciones entre los que destacan ONGs, oficinas de farmacia, centros escolares y medios de comunicación.

Su finalidad es frenar la transmisión sexual del VIH, aunque en cada uno de los colectivos indicados existen diferentes objetivos específicos.

Los resultados pretendidos son los siguientes:

- Reducir a cero el número de nuevas infecciones en recién nacidos para el año 2006.
- Reducir en un 30% el número de nuevos infectados por VIH en adultos (160 en la actualidad) para 2006.
- Reducir a menos de 40 las nuevas infecciones por gonococo para 2006
- Reducir a menos de 10 las nuevas sífilis

El área de cobertura del Plan Estratégico es el conjunto de la Comunidad Autónoma Vasca.

Las actividades y tareas a realizar se resumen de la siguiente forma:

- Campañas de publicidad
- Actividades desarrolladas en centros escolares
- Programas llevados a cabo por las ONGs
- Actividades realizadas en oficinas de farmacia
- Acciones en las consultas de VIH y de ETS
- Teléfono de información del sida
- Página web sobre sida

La estructura organizativa y de gestión, así como los recursos necesarios, se basan en la Unidad administrativa del Plan del Sida con fondos económicos de Osakidetza y del Departamento de Sanidad.

El coste estimado es de 1.810.000 euros para los cuatro años.

La evaluación final es fundamental y se analizarán seis aspectos: preparación y concepción del Plan Estratégico, oportunidad, eficiencia, eficacia, conclusiones/recomendaciones y experiencia adquirida.

IV. BIBLIOGRAFIA

¹ UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, July 2002.

² B.Elizalde, C.Menoyo y D.Zulaika. Sida y usuarios de drogas. Aspectos epidemiológicos en Europa y España. *Jano* 1994;XLVI: 673-680.

³ D.Zulaica, E.Pérez-Trallero, J.Arrizabalaga y A.Arana. Prevalencia de infección a retrovirus HTLV-III en heroinómanos adscritos a un programa de desintoxicación ambulatoria. *Med.Clin.(Barc)* 1985; 85:727.

⁴ Memoria del Plan de Prevención y Control del Sida, 2001. Osakidetza - Servicio vasco de salud. Donostia-San Sebastian, 2002.

⁵ O.Arroyuelo y A.Fernández de Garayalde. Primer programa de intercambio de jeringuillas en el Estado español. *Jano* 1991;XL:119-124.

⁶ C.Menoyo, B.Elizalde, A.Urzelai e I.Zubia. Estrategias de prevención del sida en usuarios de drogas por vía parenteral. *Jano* 1994;XLVI:685-695.

⁷ I.Zubia, I.Linaza, P.Aguirre, M.Rivero, C.Menoyo y J.Sáenz de Buruaga. Prevención del sida en toxicómanos a través de la farmacia: el kit antisida. *Jano* 1991;XL:93-97.

⁸ Menoyo C, Zulaika D, Parras F, Lopez JA, Badiola A, Fdez. Larrinoa V, Garrido V. Needle Exchange Programme (NEP) in the prison of Bilbao. 2 experience years: 1997-1999. Abstract TuOrD322. XIII International AIDS Conference 9-14 July, 2000, Durban South Africa

⁹ C.Menoyo, A.Arrillaga, I.Zubia y D.Zulaika. ¿Hemos cambiado de hábitos para hacer frente al VIH?. *Jano* 1999;LVII:1916-1919.

¹⁰ J.M.Gatell, B.Clotet, D.Podzamczar, J.M.Miró y J.Malollas. Un hito sin precedentes en la medicina: el tratamiento antirretroviral. *Jano* 2002;LXII:104-126.

¹¹ Nuevas infecciones por VIH en la CAV (1997-2001).
www.euskadi.net/sanidad/salud/sida/sida_c.htm

¹² Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.

¹³ Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/Sida. España 1997-2000. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, abril de 2001.

¹⁴ Infección por VIH y Sida en España. Plan Multisectorial 2001-2005. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, julio 2001.

¹⁵ A.Urzelay, M.Urturi, B.Elizalde, I.Zubia y E.Villafranca. Prevención del sida: consideraciones sobre un programa realizado con 12.000 adolescentes. *Jano* 1991;XL:101-108.

¹⁶ Plan de Prevención y Control del Sida. Diferencias de género entre los jóvenes universitarios en el uso y actitudes hacia el preservativo (2001).
www.euskadi.net/sanidad/salud/sida/sida_c.htm

¹⁷ Plan de Prevención y Control del Sida. Estudio sobre el tratamiento de la sexualidad y el sida en la familia entre jóvenes de 17 y 18 años (1999).
www.euskadi.net/sanidad/salud/sida/sida_c.htm

¹⁷ Plan de Prevención y Control del Sida. Encuesta de hábitos sexuales de personas que se realizan la prueba del VIH por haber mantenido prácticas sexuales de riesgo (2000-2001).
www.euskadi.net/sanidad/salud/sida/sida_c.htm

ANEXOS

Anexo I.- Orden 23 de julio de 1987, del Departamento de Sanidad y Consumo, por la que se crea el Plan para la Prevención y Control del Sida y de las infecciones relacionadas con el VIH (BOPV nº 156, de 14 de agosto de 1987).

Anexo II.- Orden de 6 de octubre de 1992, del Consejero de Sanidad, por la que se determina la composición y funciones de las Comisiones Asesoras del Plan para la Prevención y Control del Sida (BOPV nº 201 de 15 de octubre de 1992).

Anexo III.- Convenio de Colaboracion entre el Departamento de Sanidad y Consumo y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Euskadi para la prevencion del sida de 18 de octubre de 1989.

Anexo IV.- Convenio de Colaboracion entre el Gobierno Vasco, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos y las Asociaciones de Empresarios Farmacéuticos de la CAPV, para la prevencion del sida y otras enfermedades de transmision sexual de 12 de mayo de 1995.

Anexo V.- Orden de 26 de marzo de 1996, de los Consejeros de Educación, Universidades e Investigación y de Sanidad, sobre colaboración en materias de promoción y educación para la salud (BOPV nº 80 de 25 de abril de 1996).

Anexo VI.- Orden de 6 de junio de 1996, de los Consejeros de Educación, Universidades e Investigación y de Sanidad, sobre colaboración en materias de promoción y educación para la salud (BOPV nº 126 de 2 de julio de 1996).

Anexo VII.- Ayudas a ONGs que realizan sus actividades en el campo del sida desde 1987. Convocatoria y Adjudicación de 2002.
