



VIH/SIDA
BARCELONA
1981 - 2002

La edición de este libro coincide
con la celebración en Barcelona de la
XIV Conferencia Internacional sobre el Sida
(7-12 de julio de 2002).

Coordinación
Elia Diez, Patricia García de Olalla,
Antoni Plasencia, Joan R. Villalbí

Autores
M. Teresa Brugal, Joan A. Caylà,
Elia Diez, Susanna Fernández,
Patricia García de Olalla,
Antoni Plasencia, Carlota Riera,
Joan R. Villalbí

Revisión e integración
del manuscrito
Montserrat Arissó

Edita
Instituto Municipal de Salud Pública
Ajuntament de Barcelona

Presidenta
Imma Mayol

Gerente
Joan Guix

Realización
Hores extraordinàries

Diseño gráfico
Albert Roca

Impresión
Gramagraf

Depósito legal
XXXXXX

ÍNDICE

Presentación	5
El contexto	6

EPIDEMIOLOGÍA

Frecuencia de la enfermedad	9
Centro de diagnóstico	9
Distribución según edad y sexo	10
Incidencia acumulada por barrios y distritos	10
Distribución según mecanismo de transmisión	10
Enfermedad indicativa	10
Antecedentes penitenciarios	12
Retraso en el diagnóstico	12
Supervivencia y mortalidad	12
Poblaciones de riesgo	13
Los jóvenes	13
Los inmigrantes	14
Los usuarios de drogas por vía intravenosa (UDI)	15
Las nuevas infecciones por VIH	18

LA RESPUESTA

La prevención	21
Intervenciones en usuarios de drogas	21
Prevencción en jóvenes	23
Otras iniciativas comunitarias	26
La atención	27
El apoyo a los afectados y la reinserción	29

PERSPECTIVAS Y PROPUESTAS

El futuro	33
Propuestas	34

ANEXOS

Referencias bibliográficas	39
Relación de personas que han participado en el Grup de Treball sobre la Sida del Consell Municipal de Benestar Social, 1996-2002	40
Abstract	41

Presentación

En la década de los ochenta, la irrupción de la epidemia del VIH/sida comportó una elevada carga de sufrimiento, enfermedad y muerte prematura en nuestra ciudad. También se produjo, inicialmente, una cierta alarma social ante los efectos de una enfermedad nueva y desconocida. Sin embargo, tanto la sociedad civil como las administraciones públicas, entre ellas la municipal, se organizaron para hacerle frente.

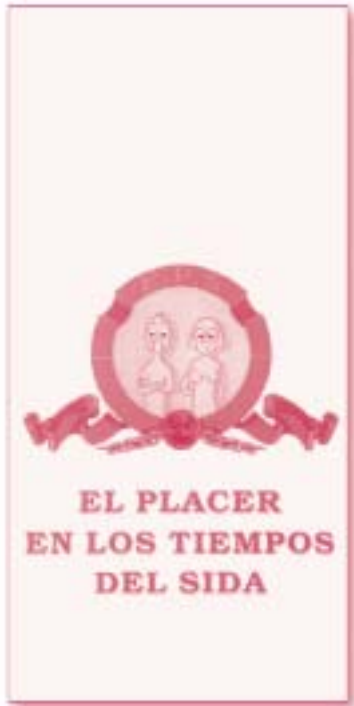
Hoy la situación ha mejorado. El sida sigue siendo uno de nuestros problemas de salud pública, pero hemos desarrollado programas para disminuir su impacto y hemos conseguido que las personas afectadas tengan acceso a los tratamientos adecuados. Además, se han reducido los riesgos de discriminación y exclusión social de los enfermos de sida, aunque muchos de ellos sufran graves problemas sociales.

El esfuerzo realizado por el municipio ha sido muy importante, y el mérito corresponde, en buena parte, a los servicios de salud pública, que han liderado la respuesta de las administraciones y han trabajado, codo a codo, con las asociaciones de afectados y profesionales de la ciudad.

Por ello, con motivo de la celebración en Barcelona de la XIV Conferencia Internacional sobre el Sida, nos parece oportuno editar este documento. En él explicamos nuestra experiencia, aportamos datos y cuantificamos la dimensión del problema y su evolución, así como las respuestas desarrolladas en nuestra ciudad. Esperamos que sea de utilidad a otras ciudades y a los profesionales y activistas comprometidos con la prevención y el control de este problema de salud.

Imma Mayol i Beltran

IV Teniente de Alcalde de Barcelona
Presidenta del Instituto Municipal de Salud Pública



Equip Prevençió Sida

El contexto

Desde la aparición de los primeros casos de sida, la epidemia presenta una incidencia creciente en todo el mundo, y es una de las primeras enfermedades infecciosas, tanto por su mortalidad como por su morbilidad. Sus características difieren de un país a otro, siendo la distribución de la enfermedad el reflejo de la frecuencia de las diversas prácticas de riesgo de cada población y de su acceso a la atención médica.

Desde el comienzo de la epidemia, más de 60 millones de personas se han infectado con el VIH, y el sida ha pasado a ser la primera causa de mortalidad en el África subsahariana, y la cuarta en todo el mundo. Según estimaciones de la OMS, a finales de 2001 vivían más de 40 millones de infectados con el VIH. De éstas, cerca de una tercera parte tiene entre 15 y 24 años, y la mayoría no sabe que está infectada¹.

En España, el número de casos nuevos de sida ha disminuido un 67% en los últimos seis años.

En Europa occidental, la incidencia del sida y del número de muertes asociadas ha disminuido después de la introducción de los antirretrovirales de alta actividad en 1996. En el año 2000, los infectados por transmisión heterosexual fueron tan numerosos como los usuarios de drogas por vía intravenosa (UDI), tendencia que se mantiene en el 2001. En Europa del Este, las tasas de incidencia del sida son bajas, reflejo del largo periodo de incubación de la infección, contrariamente al elevado número de casos de infección con el VIH, donde la mayoría de los casos corresponde a UDI².

En España, el número de casos nuevos de sida ha disminuido un 67% en los últimos seis años. El mayor descenso se registró entre 1996 y 1997, y en 2001 se mantiene, pero a un ritmo inferior. En los casos debidos a la transmisión homo/bisexual y heterosexual el número anual de nuevos diagnósticos de sida permanece prácticamente estable. Un comportamiento similar se observa en la tendencia de casos de sida de la mayoría de las comunidades autónomas³.

En la ciudad de Barcelona, el Servicio de Epidemiología del Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona (IMSP) recoge de manera sistemática y activa desde 1986 los datos de los casos diagnosticados en la ciudad. Este sistema fomenta la declaración de los casos por parte de los médicos y efectúa un control de las altas hospitalarias y de los certificados de defunción. Además, se cruzan los registros de sida, tuberculosis y toxicomanías de la ciudad, con lo que se alcanza una gran exhaustividad⁴.

EPIDEMIOLOGÍA

Frecuencia de la enfermedad

Centro de diagnóstico

Distribución según edad y sexo

Incidencia acumulada por barrios y distritos

Distribución según mecanismo de transmisión

Enfermedad indicativa

Antecedentes penitenciarios

Retraso en el diagnóstico

Supervivencia y mortalidad



Poblaciones de riesgo

Los jóvenes

Los inmigrantes

Los usuarios de drogas por vía intravenosa (UDI)

Las nuevas infecciones por VIH

FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD

Desde que en 1981⁵ se diagnosticó el primer caso de sida en Barcelona (que fue también el primer caso en España), se produjo un aumento constante hasta 1992.

Esta tendencia cambió por primera vez en 1993, momento en que se observó un descenso del 9% respecto a 1992. En 1994, con la introducción de la definición de SIDA-Europa 93, que incluía

La introducción generalizada de las nuevas terapias antirretrovirales supone un aumento espectacular en el número de personas que viven con sida.

la tuberculosis pulmonar como criterio diagnóstico, se produjo un repunte del 45% en el número de casos respecto a 1993. A partir de 1995, hubo una tendencia decreciente, tanto en el número de casos como en las muertes, pero a partir de 1996, con la introducción generalizada de las nuevas terapias antirretrovirales⁶, se apreció un brusco descenso de la mortalidad y la disminución de nuevos casos. Esto supuso un aumento espectacular del número de personas que

viven con sida (figura 1). El total de los casos detectados en Barcelona hasta el 31 de diciembre de 2001 asciende a 7.913, de los que 5.708 tenían su residencia en Barcelona, lo que implica una tasa de incidencia acumulada de 347 casos/100.000 habitantes.

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

En cuanto al centro declarante, la distribución es la siguiente: el Hospital Clínic aportó el 31% del total, seguido del Hospital del Mar (17%), Hospital General de la Vall d'Hebron (16%) y el Hospital de Sant Pau (13%). Estos cuatro centros aportaron el 78% del total de casos.

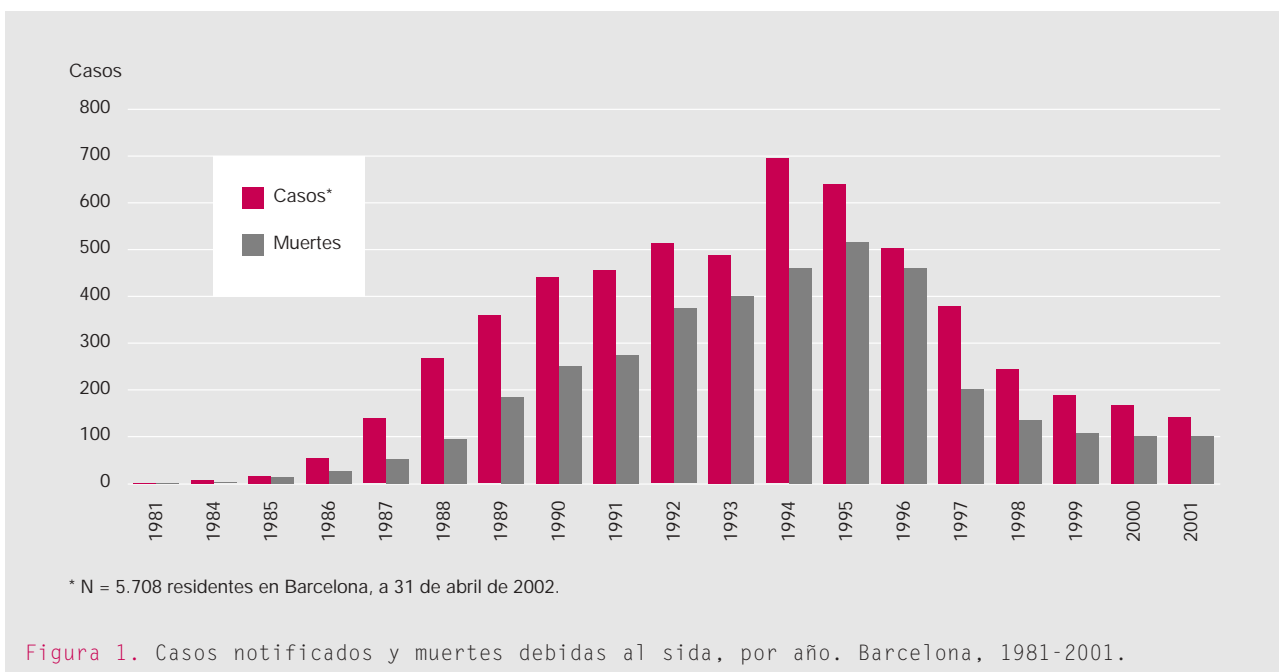


Figura 1. Casos notificados y muertes debidas al sida, por año. Barcelona, 1981-2001.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO

La mayor parte de los casos de sida corresponde a hombres (81%). La edad media en el momento del diagnóstico fue de 36 años (DT 10,5 años). El primer caso de sida en una mujer se diagnosticó en 1984, y desde entonces la tendencia ha sido creciente ($p < 0,0001$). Mientras que en 1984 el porcentaje de mujeres infectadas fue del 6%, en 2002 ha sido del 23%. También se ha constatado un cierto aumento en la edad en el momento del diagnóstico, que fue de 33 años en el periodo 1981-1987, de 34,5 años en 1988-1993 y de 37 años en 1994-2001.

INCIDENCIA ACUMULADA POR BARRIOS Y DISTRITOS

La tasa de incidencia acumulada más alta (1.364 casos/100.000 habitantes) la presentó el distrito de Ciutat Vella, con una incidencia tres veces superior a la media de la ciudad (378 casos/100.000 habitantes), diferencia que se mantiene a lo largo de los años. Hay otros barrios (la zona norte de Nou Barris, o Can Tunis y el Polvorín) que tienen también tasas muy elevadas. Los datos de Ciutat Vella reflejan que la problemática afecta a sus cuatro barrios, mientras que en otros distritos con barrios muy afectados no se observa la misma homogeneidad.

Algunos barrios presentan tasas significativamente más altas que otros.

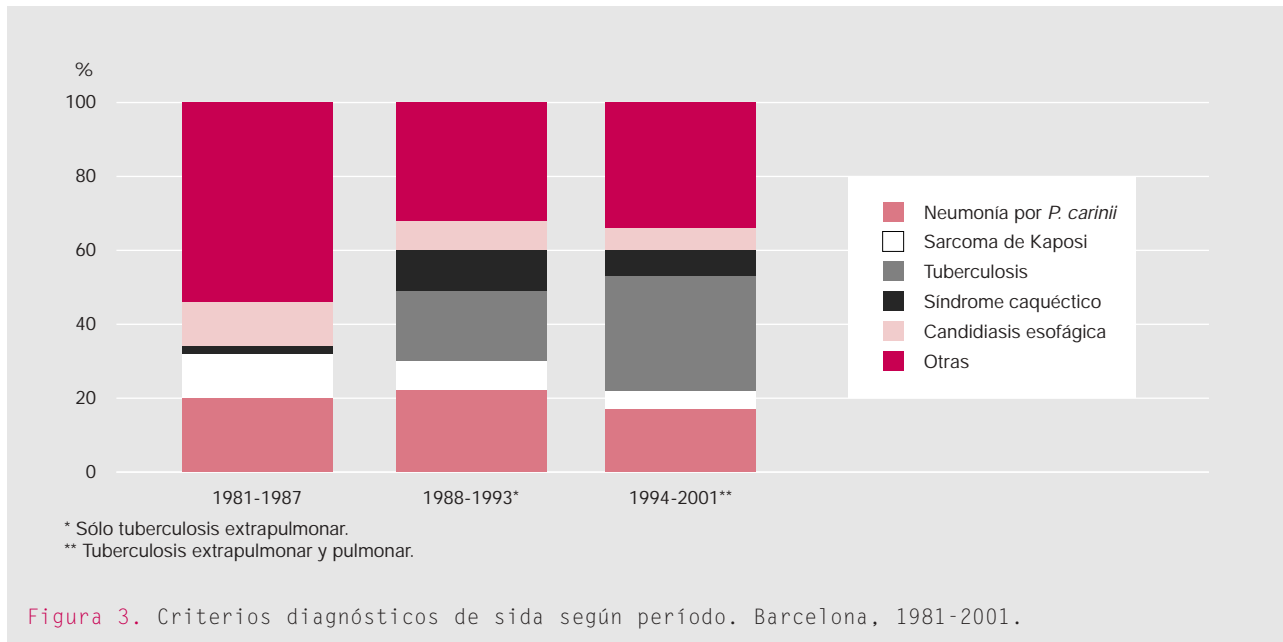
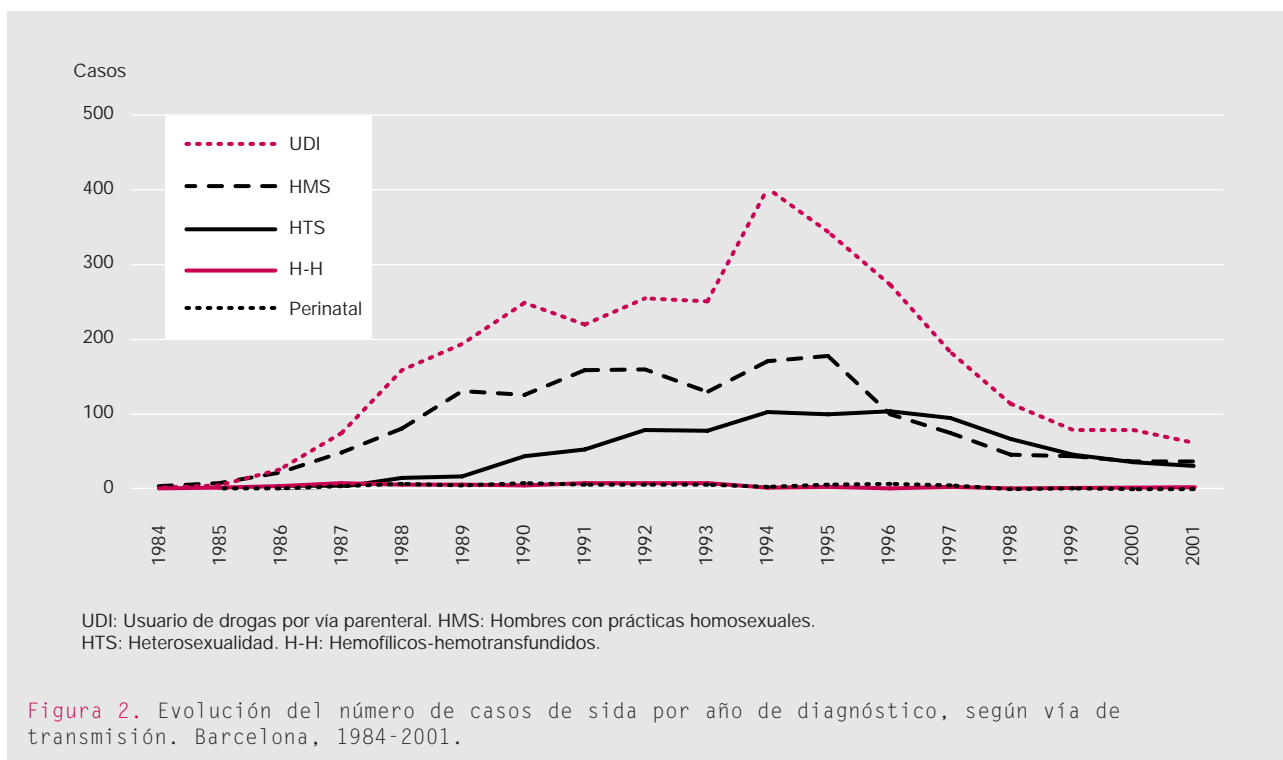
DISTRIBUCIÓN SEGÚN MECANISMO DE TRANSMISIÓN

La categoría de transmisión más frecuente desde el año 1986 es la de los UDI (50,5% del total, aunque va descendiendo). El segundo lugar –con una tendencia también decreciente– lo ocupan los casos atribuidos a la transmisión homosexual (HMS) (27% del total). En tercer lugar, y con una proporción creciente de los casos desde 1986, están los casos de transmisión heterosexual (HTS) (15% del total). El porcentaje de casos perinatales es del 1,2%, sin que se registre ningún caso en los años 2000 y 2001. Casi todos (96%) son debidos a la transmisión vertical, y el factor de riesgo más frecuente de la madre es el uso de drogas por vía parenteral. Los casos debidos a transfusiones de sangre o a factores de la coagulación contaminados representan el 1,2% del total, con una tendencia decreciente (figura 2).

La categoría de transmisión más frecuente es la de los UDI.

ENFERMEDAD INDICATIVA

De manera global, los tres criterios de sida más frecuentes han sido la tuberculosis (TB), la neumonía por *Pneumocystis carinii* (PCP) y el síndrome caquético (25%, 19% y 9% de los casos respectivamente), como se ve en la figura 3, aunque las enfermedades varían según la vía de transmisión. Así, las enfermedades diagnósticas más frecuentes entre los UDI fueron la TB y la PCP (34% y 19% respectivamente), mientras que entre los HMS fueron la PCP y el Sarcoma de Kaposi (20% cada una), y entre los HTS fueron la PCP y TBC (24% y 22% respectivamente).



ANTECEDENTES PENITENCIARIOS

El porcentaje de casos con antecedentes penitenciarios fue, de forma global, del 22%. Se apreció un descenso constante desde 1988 (31%) hasta 2001 (10%). Esta reducción se debió principalmente al menor porcentaje de UDI con antecedentes penitenciarios. Así, en 1987 el 51% de los casos con sida en UDI tenían antecedentes penitenciarios, y en 2001 este porcentaje era del 19%.

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO

De los 2.655 casos de sida detectados entre 1994 y 2000, hubo 697 (26,3%) que fueron diagnosticados de infección por VIH y de sida en el mismo momento, lo que sugiere un retraso en el conocimiento de la infección, con oscilaciones que variaron entre el 21% en 1994 y el 35% en 2000. Según los resultados del análisis multivariado, el riesgo de ser diagnosticado con retraso aumenta

para los varones, para los que viven en las zonas más deprimidas de la ciudad, para los casos de transmisión por vía heterosexual, y para los casos de tuberculosis como criterio diagnóstico de sida. Por ello, debe mantenerse la política de ofrecer sistemáticamente la prueba de detección del VIH en los centros sanitarios. Los servicios de salud y los programas de intervención preventiva tendrían que realizar esfuerzos para implementar la oferta de la prueba y ofrecer un consejo adecuado a las personas que la demanden.

Debe mantenerse la política de ofrecer sistemáticamente la prueba de detección del VIH en los centros sanitarios.

SUPERVIVENCIA Y MORTALIDAD

En la figura 1 se ha mostrado la evolución de los casos y del número de muertos por sida desde 1981 hasta 2001 en la ciudad. La tasa de mortalidad presentó una tendencia creciente hasta 1992 (29/100.000 habitantes), siendo la primera causa de mortalidad de adultos jóvenes en Barcelona desde 1990 a 1997⁷. A partir de 1995, se observó un descenso constante, pero es con la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), introducida de manera generalizada desde 1996, cuando se aprecia un brusco descenso de la mortalidad. Así, la mortalidad descendió un 55% entre 1996 y 1997, y la probabilidad de supervivencia de un paciente diagnosticado en 1997 fue del 81,3% al año del diagnóstico, mientras que esta probabilidad era del 63,7% en 1995⁶.

La probabilidad de supervivencia de un paciente diagnosticado en 1997 fue del 81,3% al año del diagnóstico.

En la actualidad, la TARGA es una terapia imprescindible en la disminución de la morbimortalidad causada por el VIH, pero la adherencia al tratamiento debe considerarse como uno de los factores modificables más asociados al impacto de la TARGA en la supervivencia. La supervivencia de los pacientes tratados con TARGA y adherentes al tratamiento es tres veces superior a la de los que no son adherentes⁸.

POBLACIONES DE RIESGO

LOS JÓVENES

Los adolescentes continúan siendo un grupo de riesgo para la infección del sida, aunque el número de casos en este grupo de edad es bajo. En la adolescencia se adoptan conductas de riesgo en relación con la salud, el sexo y el consumo de drogas. Éstas suelen determinar los hábitos adultos. La encuesta sobre Factores de Riesgo en la Escuela Secundaria (FRESC) se elaboró y analizó por el Instituto Municipal de Salud Pública y el Centre d'Estudis per a la Prevenció de la Sida en 1996⁹. Entre

otras conductas relacionadas con la salud, se estudian comportamientos relacionados con la transmisión sexual del sida y sus determinantes. Se han estudiado

especialmente las

diferencias entre chicos y chicas, que son importantes para la comprensión y el desarrollo de futuras intervenciones preventivas. Un 16,2% de los estudiantes de 4º curso de ESO (mayoritariamente de 16 años) afirma haber mantenido alguna relación sexual con penetración. La frecuencia de las relaciones es menor entre los chicos. Un 42,5% de los chicos y un 30% de las chicas ha mantenido relaciones sexuales una sola vez. En cuanto a los determinantes, destacan sobre todo distintas intenciones en el uso de preservativo en los varones. El determinante que más influye en el uso de preservativo es la norma social, y, en concreto, lo que piensa y hace la pareja habitualmente. Esto es sumamente importante para la construcción de intervenciones futuras en estos colectivos. La proporción de estudiantes que ha mantenido relaciones coitales es muy inferior a la de los jóvenes del curso equivalente en Estados Unidos (48%), o de

Los adolescentes continúan siendo un grupo de riesgo, aunque el número de casos en este grupo de edad es bajo.

otros países de Europa. El porcentaje es coherente con el descrito en la Encuesta de Salud a los Adolescentes de la ciudad de Barcelona, llevada a cabo por el Instituto Dexeus en 1993 y 1999¹⁰. Esta encuesta incluye una muestra de estudiantes en edades en que la escolaridad no es obligatoria y que, por tanto, no representa estrictamente a la población. La encuesta muestra un aumento estadísticamente significativo de los jóvenes estudiantes de 17 y 18 años que han mantenido relaciones con penetración entre las dos ediciones, aunque este dato podría asociarse a cambios en la escolaridad durante el período en que se aplicó la reforma educativa.

El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo¹¹. Alrededor del 80% afirma usarlo (en mayor proporción las chicas), según diversas encuestas¹². La frecuencia de uso del preservativo entre los adolescentes puede considerarse elevada, aunque todavía debería crecer y mantenerse entre los jóvenes mayores. El método usado en segundo lugar es la marcha atrás o *coitus interruptus*: un dato preocupante en cuanto a las infecciones de transmisión sexual, el sida y los embarazos no deseados.



Equip Prevenció Sida

LOS INMIGRANTES

El progresivo incremento de las desigualdades sociales y económicas entre grandes zonas del planeta, ha implicado en el estado español profundas transformaciones sociodemográficas. Esta transformación social repercute también en la epidemiología de enfermedades como el sida y la tuberculosis, a menudo vinculadas a situaciones de desigualdad y marginación socioeconómica. Así, mientras que hace escasamente dos años el sida tenía una baja presencia entre los inmigrantes extranjeros^{13,14}, los últimos datos de la enfermedad en Barcelona reflejan un incremento en la proporción de casos detectados en personas de otros países. De 5.365 pacientes, 5,4% eran inmigrantes, con una tendencia creciente hasta el 16% del total de casos de sida en el 2001 (figura 4). Se trata de individuos jóvenes, que residen con frecuencia en las zonas socio-económicamente más deprimidas de la ciudad, y en los que la vía de transmisión predominante es la sexual. Del mismo modo, el total

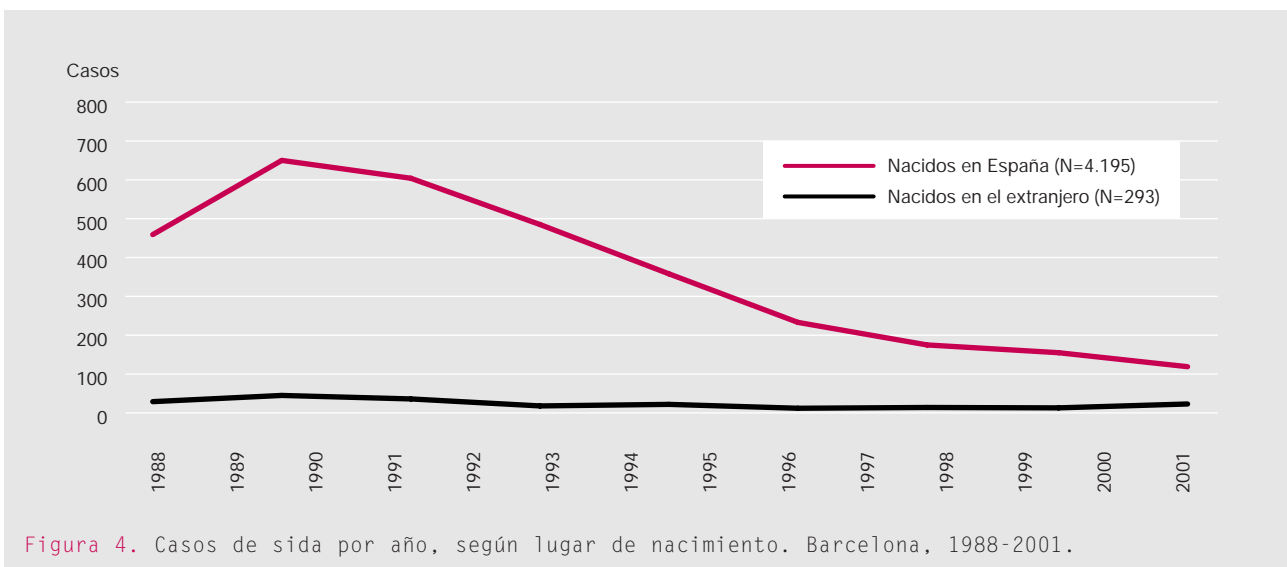
Los últimos datos de la enfermedad en Barcelona reflejan un incremento en la proporción de casos detectados en personas de otros países.

de casos de tuberculosis en inmigrantes extranjeros VIH positivos ha pasado de representar del 10% de los casos en 1998 al 20% en el año 2000¹⁵.

Estos datos suponen, una vez más, un reto para los sistemas de salud pública, que, contando con la colaboración de otros sectores de la sociedad, deben contribuir a la adaptación de los programas y recursos existentes en la prevención y el control de estas enfermedades. La experiencia de países con mayor tradición migratoria, contribuye a ilustrar que este efecto temporal se amortiguará progresivamente y que las sociedades de acogida tienden a equilibrar estas situaciones; no así las desigualdades sociales y económicas, que requieren un esfuerzo activo, tanto por parte de los responsables políticos y económicos, como de una sociedad civil implicada y participativa.



Gais per la Salut de Barcelona



LOS USUARIOS DE DROGAS POR VÍA INTRAVENOSA (UDI)

La monitorización del VIH en población de alto riesgo como los UDI es uno de los principales objetivos para el control de esta infección. En 1996 se estableció un registro de seroprevalencia del VIH en usuarios de drogas que iniciaban tratamiento por su consumo en algún centro de tratamiento de Barcelona ciudad (CAS). El registro está formado por individuos, y, en el caso de que un usuario haya hecho más de un inicio de tratamiento, se considera el último realizado. El total de consumidores en el registro es de 9.859 usuarios de drogas ilegales, de los cuales el 70% eran consumidores de heroína y el 24% de cocaína. Del total de pacientes, el 78% eran varones, siendo la edad media al inicio del tratamiento de 31,2 años. El 56% se había inyectado en alguna ocasión y el 53% había realizado tratamientos previos de su toxicomanía.

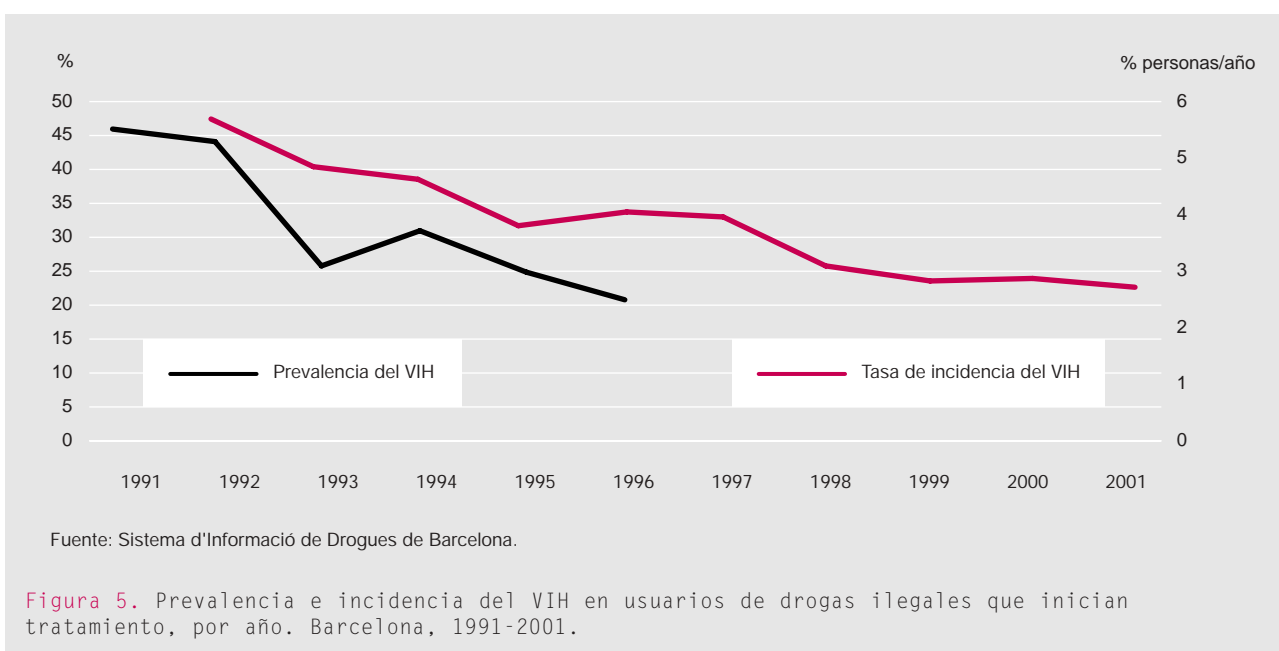
Sobre el total de usuarios de drogas, la prevalencia global del VIH+ es del 25,3%, observándose una clara tendencia decreciente durante estos últimos años, que pasa del 33% en el año 1996 al 22% en el año 2001 (figura 5). Estos datos son congruentes con la tendencia observada en un estudio previo para determinar la incidencia de VIH en usuarios de

drogas¹⁶. Las prevalencias no son homogéneas según la vía de consumo, de modo que los inyectores de drogas presentan unas prevalencias globales del 40%, mientras que en los no inyectores es del 3,4%.

Al analizar las prevalencias de VIH en los usuarios que presentan el antecedente de inyección, observamos en la figura 6 que las mujeres están más infectadas que los varones (39% frente a 34% en el 2001, aunque el número global de hombres positivos al VIH es de 1.096, y el de mujeres de 355). Asimismo, las mayores prevalencias se dan en los mayores de 35 años,

Sobre el total de usuarios de drogas, la prevalencia global del VIH+ es del 25,3%, observándose una clara tendencia decreciente durante estos últimos años.

observándose prevalencias del 11% en el 2001 en la población joven menor de 25 años, y prevalencias del 47% en los mayores de 35 años (figura 7). En ambas figuras, las tendencias decrecientes son claras, a excepción de los mayores de 35 años, entre los que se observa un pequeño rebrote en los últimos años, probablemente debido a la mayor supervivencia del colectivo.



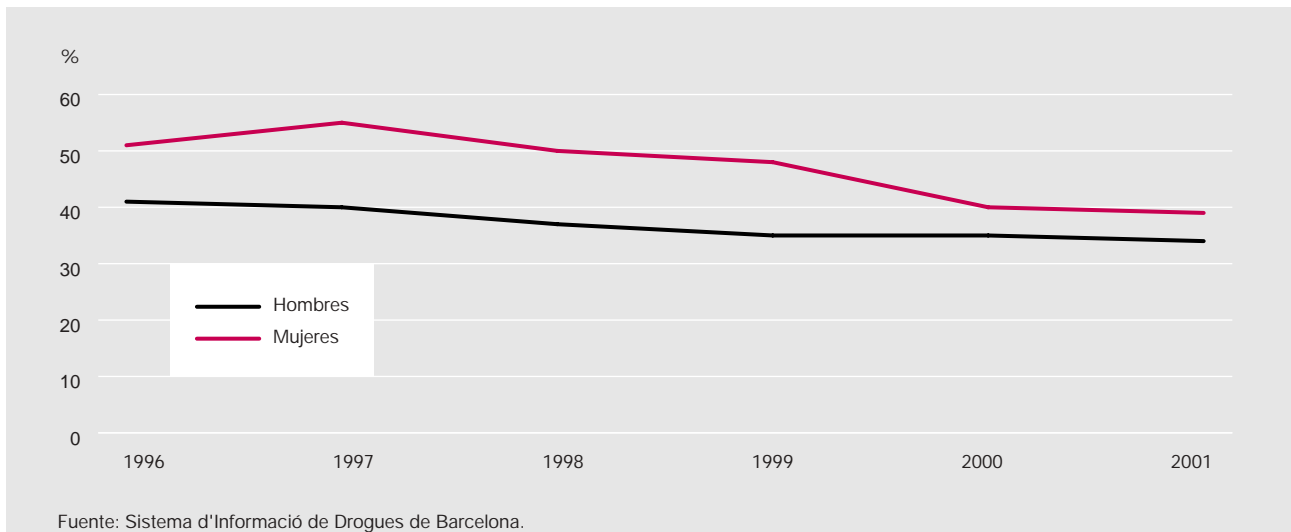


Figura 6. Prevalencia del VIH en UDI que inician tratamiento por año, según género. Barcelona, 1996-2001.

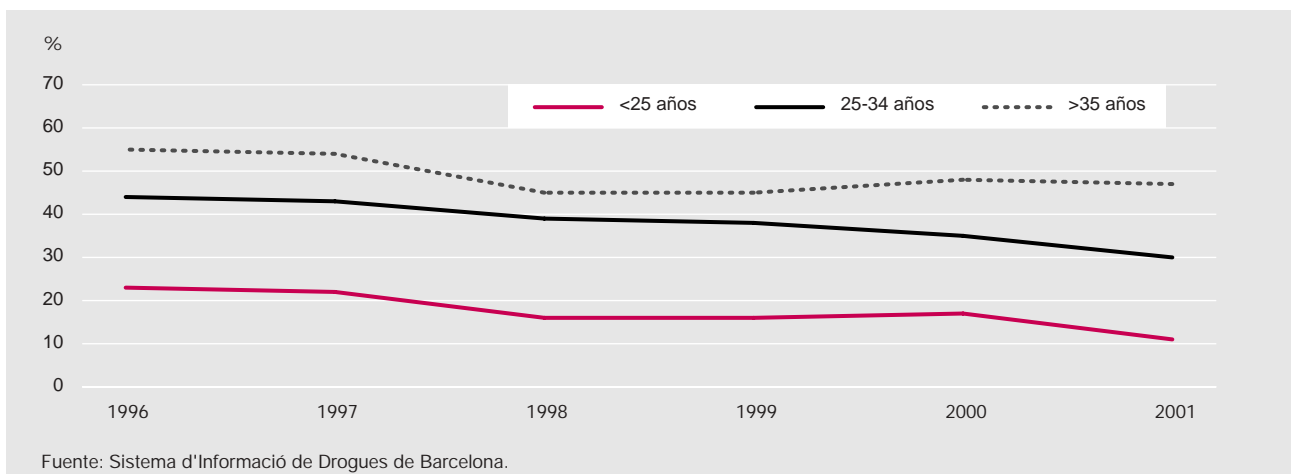


Figura 7. Prevalencia del VIH en UDI que inician tratamiento por año, según grupo de edad. Barcelona, 1996-2001.

El porcentaje de disminución es mayor en el caso de las mujeres –un 24% de decremento frente a un 20% en los varones–, probablemente debido a que partían de prevalencias más elevadas. Desde el año 2000 éstas se parecen más a las de los varones.

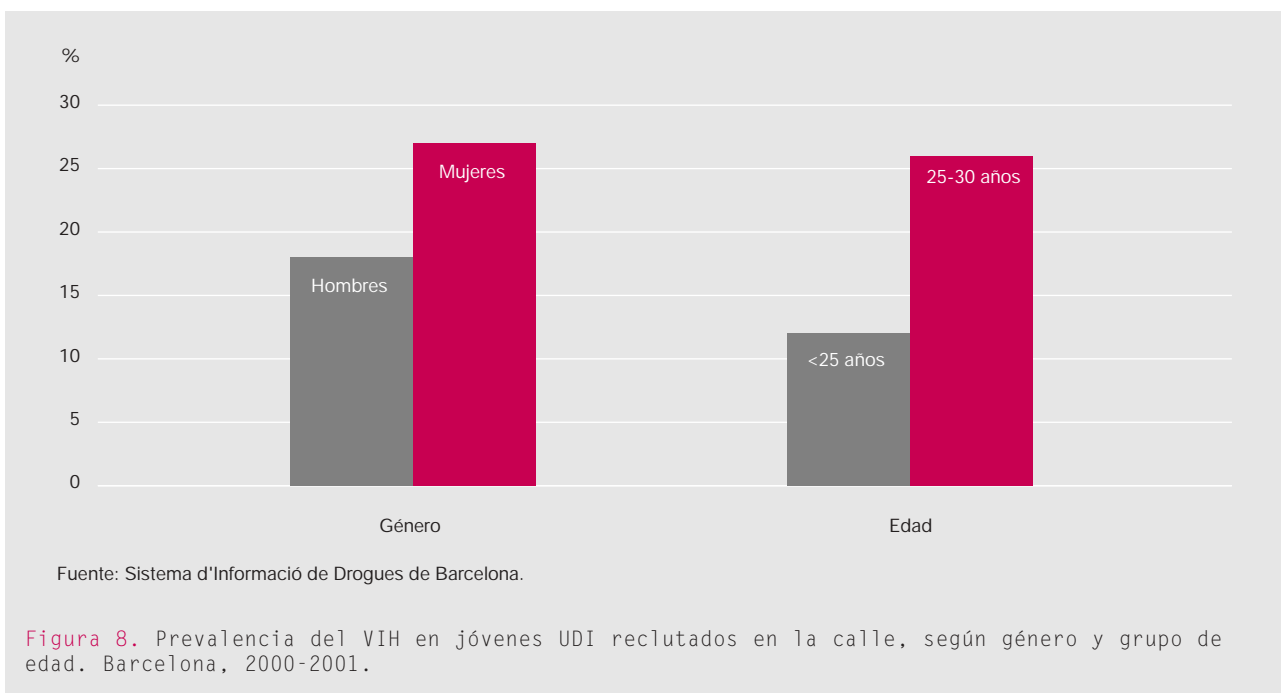
Al analizar el descenso porcentual en los distintos grupos de edad, observamos que, en el grupo más joven (<25 años), éste ha sido de un 52%, en el de 25-34 años del 32%, y en el grupo de mayores de 35 años del 14%.

Otro sistema de vigilancia de la prevalencia de VIH implementado en Barcelona es el seguimiento de jóvenes consumidores activos y reclutados en la calle, en el proyecto Itinere. El periodo de reclutamiento es el 2001-2002, y hasta el 30 de abril de 2002 se han reclutado 217 usuarios activos de heroína menores de 30 años; el 68% eran varones y la edad media era 25 años. El 82% referían haberse inyectado en alguna ocasión, y, de éstos, el 77% lo había hecho como mínimo una vez en el último año. La prevalencia global de seropositivos era del 19% y en aquellos que referían el antecedente de venopunciones era del 21%, siendo del 3% en aquellos que mencionaban no

haberse inyectado nunca. Si sólo analizamos los 179 inyectores, observamos que en los inicios de tratamiento las mujeres están más infectadas que los varones (27% frente a 18%), y que los menores de 25 años presentan prevalencias más bajas (12% frente a 26%) (figura 8).



Equip Prevençió Sida



LAS NUEVAS INFECCIONES POR VIH

La mejor aproximación a las características epidemiológicas de las personas recientemente infectadas la podemos obtener a partir de los datos procedentes de un estudio piloto que recoge los casos de infección del VIH que se diagnostican por primera vez en alguno de los cuatro hospitales universitarios de Barcelona. Así, de los 240 casos diagnosticados entre el 1 de enero de 2001 y abril de 2002, el 78% (187) correspondía a hombres, y la edad media era de 36 años. El 12% (28) eran UDI, el 30% (72) HMS, el 27% (66) HTS, el 2% (5) eran casos de transmisión vertical, y en el 29% (69) se desconocía la categoría de transmisión. La media de linfocitos T CD4 en el momento del diagnóstico era de 388 cel/mm³.



Gais per la Salut de Barcelona

LA RESPUESTA



La prevención

Intervenciones en usuarios de drogas

Prevención en jóvenes

Otras iniciativas comunitarias

La atención

El apoyo a los afectados y la reinserción

LA PREVENCIÓN

Las actividades de prevención del sida van dirigidas principalmente a evitar nuevas infecciones en la comunidad. A la luz de los datos existentes, los esfuerzos principales se han de concentrar en evitar infecciones entre UDI y en sus parejas, o la transmisión perinatal a partir de éstas. Por su especial situación, el medio penitenciario concentra un volumen importante de UDI, y se configura como un escenario peculiar para la intervención. Además, deben hacerse esfuerzos relacionados con la prevención de la transmisión sexual entre los jóvenes y entre trabajadores del sexo comercial y sus usuarios.

Los esfuerzos principales se han de concentrar en evitar infecciones entre UDI, en sus parejas, o la transmisión perinatal a partir de éstas.



Equip Prevenció Sida

INTERVENCIONES EN USUARIOS DE DROGAS

La epidemia de sida ha sido uno de los acontecimientos más singulares que ha vivido la salud pública durante el siglo pasado. Sus muy especiales características epidemiológicas y la complejidad del contexto social en que se produjo, así como la forma en que éste condicionó la respuesta, merece un análisis detallado que permita aprender para el futuro.

En Barcelona, como en el resto de las ciudades industrializadas de España, a principios de los ochenta se produjeron rapidísimos cambios sociales que llevaron a un incremento del consumo de drogas psicoactivas, principalmente heroína, consumidas básicamente por vía inyectada. Al tiempo que se producía este fenómeno, la inseguridad ciudadana aumentó, lo cual se atribuyó a los consumidores de drogas. En este contexto sociológico, las autoridades priorizaron inicialmente las medidas de control de la oferta y los tratamientos orientados a la abstinencia, frente la opción de políticas más basadas en la salud pública (en 1985 se restringió el acceso a programas de tratamiento con metadona, justo cuando se empezaban a observar casos de sida en UDI).

Barcelona necesitaría reducciones mayores en las prácticas de riesgo para conseguir unas tasas de incidencia similares a otros países europeos.

En 1991 se promulgó la ley que permite los tratamientos con metadona. Barcelona instauró los primeros programas de reducción de riesgos –programas de mantenimiento con metadona (PMM) e intercambio de jeringuillas–, siendo la primera ciudad española que lo hizo¹⁷. Dichas estrategias se dirigieron, básicamente, a la población más vulnerable y excluida socialmente: inyectores de drogas y prostitutas. Los programas implementados, así como sus objetivos y la población diana, pueden observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Intervenciones y políticas llevadas a cabo en Barcelona para reducir los riesgos de infección VIH en usuarios de drogas.

Descripción	Objetivos	Población diana	Método	Cobertura
Programa de mantenimiento con metadona	Mantenimiento con agonistas para la reducción de daños	Pacientes dependientes de heroína tratados en los centros de tratamiento	Facilitar el acceso a los mantenimientos con metadona en distintos escenarios: centros de tratamiento, prisiones, bus móvil, farmacias	60% de las demandas de tratamiento por heroína
Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ)	Prevenir los riesgos asociados al consumo endovenoso	Usuarios de drogas por vía endovenosa	Intercambios en: farmacias, agentes de salud en la calle, centros de atención primaria, autobús de intercambio	58% de los inyectores de la ciudad
Programa de ayuda sociosanitaria (SAPS)	Prevenir los riesgos asociados al consumo endovenoso y educación sanitaria	UDI en situación de exclusión social	Centro nocturno especializado en educación sanitaria, PIJ, atención sociosanitaria y legal, higiene y comida	90% de los UDI vulnerables
Programa de ayuda sociosanitaria en prostitutas	Prevenir los riesgos asociados al consumo endovenoso. Promover auto-cuidados	Prostitutas UDI en situación vulnerable	Centro de día con talleres de educación sanitaria. Asesoramiento de recursos sociosanitarios	30% de las prostitutas UDI
Programa de acompañamiento para población en estado de exclusión extrema (Programa Can Tunis)	Prevenir los riesgos asociados al consumo endovenoso. Promover auto-cuidados. Educación sanitaria. Facilitar necesidades básicas	UDI en situación de exclusión social total que viven en la calle	Programa móvil diurno especializado en educación sanitaria, PIJ, atención sociosanitaria y legal, higiene y comida que se instala en el territorio	100% de los residentes en el área

Probablemente, el lapso de tiempo entre la aparición del sida entre los UDI y la puesta en marcha de políticas de salud pública, hizo que éstas no pudieran actuar en el momento en que hubieran sido más eficaces, como en otras ciudades europeas. Por ello, aunque las políticas instauradas en Barcelona desde 1991 han demostrado su eficacia (disminución de la tasa de incidencia de VIH, descenso de su prevalencia, disminución de la mortalidad por sobredosis...) debido a la alta frecuencia de la infección, Barcelona necesitaría reducciones mayores en las prácticas de riesgo para conseguir unas tasas de incidencia similares a las de otros países europeos. Para conseguir las, habrá que desarrollar políticas de intervención decididas en campos como los de las salas de venopunción segura, programas de intercambio de jeringuillas en prisiones, programas de mantenimiento con heroína...



Equip Prevenció Sida

PREVENCIÓN EN JÓVENES

Respecto a la prevención del VIH en jóvenes, desde hace una década el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona diseña, evalúa y facilita a las escuelas intervenciones preventivas de sida dirigidas al alumnado. El Programa PRESSEC (Prevención del VIH/Sida en la Escuela Secundaria) pretende reducir las conductas sexuales de riesgo de los estudiantes de 4º curso de Educación Secundaria Obligatoria, que tienen mayoritariamente 16 años¹⁸. El programa se diseñó y evaluó en 1994, y en 2001 fue adaptado y reeditado. Propone seis actividades dinámicas que el profesorado aplica en el aula. Las actividades se basan en un modelo social y cognitivo que intenta modificar los conocimientos, las actitudes, la norma social, la autoeficacia y las habilidades preventivas destacadas en la encuesta FRESC de 1996.

Este programa se evaluó mediante un estudio casi-experimental en el que participaron 1.708 jóvenes de 17 centros de educación secundaria. Produjo mejoras en la intención de

conducta (rechazo de relaciones sexuales no protegidas en el futuro, propuesta de relaciones sexuales seguras en el futuro), un aumento del uso del preservativo entre los adolescentes que inician sus relaciones

sexuales, un incremento de los conocimientos sobre la enfermedad, y una mejora de las actitudes respecto a los preservativos. En 2001 se actualizó la propuesta, introduciendo las principales sugerencias que los profesores realizaron tras la implementación del programa a través de fichas de valoración. Se actualizaron los datos epidemiológicos sobre la enfermedad, se acortó el número de sesiones y se enfatizó el trabajo de las habilidades de negociación con la pareja. En el año 2001, el 32,8% de los estudiantes de 4º de ESO participó en el programa. Hasta un 80% de los centros escolares de Barcelona

Hasta un 80% de los centros escolares de Barcelona ha llevado a cabo alguna vez el programa PRESSEC.



Instituto Municipal de Salud Pública

ha llevado a cabo alguna vez este programa¹⁹. Si bien la cobertura es mejorable, se compara muy favorablemente con otros territorios, en los que muchas de las intervenciones son simplemente informativas²⁰.

El vídeo *¡De buen rollo!* es un instrumento educativo de prevención del sida, de otras infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no deseados entre jóvenes de 15 a 19 años no escolarizados o integrados en programas de garantía social, dirigidos a la inserción laboral por medio de un currículo paralelo. El vídeo, desarrollado por educadores de calle, de centros de formación laboral y adolescentes, presenta una serie de situaciones en la vida de un grupo de jóvenes relacionadas con la vida, el amor, la pareja, las relaciones sexuales y la pareja. Incluye una guía didáctica para el educador y un estuche con

preservativo para los jóvenes. La propuesta se dirige a educadores de centros de formación no reglada y de espacios de reunión de jóvenes, aunque también puede ser utilizado en el ámbito escolar. Recibió financiación europea, y hasta el momento se han suministrado más de 400 ejemplares a mediadores, de los que 180 no son de la ciudad de Barcelona.

El catálogo *Recursos Educativos de Prevención del Sida*, editado en 1998, recopila y valora según estándares, programas, vídeos y otros materiales escolares de prevención de sida publicados en España a partir de 1990^{21,22}. Para cada programa y material recopilado se presenta una ficha descriptiva y comentarios sobre los aspectos destacables y los que se pueden mejorar. Los programas se valoran a partir de criterios de calidad recomendados: aspectos que se trabajan (información, actitudes, opiniones, creencias, habilidades, conductas), modelo teórico de base (sí/no), persona que aplica el programa (profesorado, profesional externo, voluntarios, otros), trabajo de conductas de riesgo (sí/no), y metodología

(activa/no activa). El catálogo pretende aportar a docentes y profesionales que trabajan en el campo de la prevención de sida un mejor conocimiento y una selección de los materiales disponibles en el país. Se recopilaron 14 programas educativos de prevención del sida dirigidos a los alumnos, 3 programas de prevención del sida dirigidos a los educadores, 4 programas de educación afectivo-sexual que incluyen la prevención del sida, 19 vídeos y 20 materiales diversos. Teniendo en cuenta los programas y materiales recopilados y su valoración, se seleccionaron los de mayor calidad y se pusieron a disposición del profesorado de educación secundaria de la ciudad a través de la red de centros de recursos pedagógicos que cubre a todos los distritos.

Por último, el programa *Parlem clar (Hablemos claro)* intenta reducir las conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes del primer curso de educación secundaria postobligatoria. Está basado, en parte, en la educación por iguales y,

además de proponer actividades en el aula, incorpora medidas en el entorno escolar que pretenden facilitar el acceso de los jóvenes a los preservativos y a recursos de atención a la salud sexual. *Parlem clar* trabaja los conocimientos, la percepción del riesgo, las opiniones sobre los

El programa *Parlem clar (Hablemos claro)* intenta reducir las conductas sexuales de riesgo. Está basado en la educación por iguales.

preservativos, el entrenamiento en comunicación y el acceso a los recursos de la comunidad. Este programa se diseñó con financiación de la Fundación para la Investigación y la Prevención de Sida en España y se evaluó durante el curso escolar 2000-2001 mediante un ensayo comunitario de intervención en el que participaron 730 alumnos de centros de Barcelona. Los primeros resultados de la evaluación indican una mejora en los conocimientos, un aumento de la percepción de susceptibilidad y de la gravedad de la enfermedad, de la capacidad de comprar preservativos, de convencer a la pareja habitual y a la esporádica sobre el uso del preservativo y de la



intención de rechazar una relación no protegida. Se llevaron a cabo grupos focales complementarios a la evaluación cuantitativa que constataron la satisfacción de los alumnos por su participación en el programa. Desde el curso escolar 2001-2002 el programa *Parlem clar* se ha incorporado a la oferta de programas educativos del Ayuntamiento de Barcelona.

Además de las propuestas directamente municipales, existen múltiples actividades preventivas llevadas a cabo por centros asistenciales. Los centros de atención a la salud sexual y reproductiva del Servei Català de la Salut, creados en el año 2000 al integrar los centros municipales de orientación y planificación familiar con el Plan de Atención a la Mujer, disponen de una tarde semanal en la que atienden exclusivamente a población joven. El Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat, del que es titular la Federación de Asociaciones de Planificación Familiar de España, y que recibe financiación de las administraciones municipal, autonómica y central, ofrece atención y talleres preventivos a adolescentes desde hace 10 años. La administración autonómica proporciona preservativos a los centros de atención a la salud sexual y reproductiva, y realiza campañas de prevención en jóvenes, como la llevada a cabo en centros de ocio en el año 2000.

TODO SOBRE MI SEXO

STOP SIDA T'OFEREIX LA POSSIBILITAT DE PARLAR OBERTAMENT DE:
 COM VIVIM LA NOSTRA SEXUALITAT?
 ENS SENTIM SEGURS?
 TENIM DUBTES SOBRE EL VIH?
 ENS PRECUPA LA NOSTRA SALUT SEXUAL?

EL PRIMER DILLUNS (NO FESTIU) DE CADA MES PODRÀS PARLAR
 D'AQUESTS TEMES AMB ALTRES HOMES GAIS QUE TAMBÉ SE'LS PLANTEGEN
 I ELS PODREU COMPARTIR EN UN AMBIENT OBERT I DISTÈS.

TRUCA I APUNTA-T'HI.

900 ROSA 601 601
 De 18 a 22 h tots els dies

LA REUNIÓ/KEFRADA SERÀ DES DE LES 19 H. FINS A LES 21H, APROXIMADAMENT.

gl **stop sida**
 coordinadora gai-lesbiana
 c/ Feliu de Sureda, 48, 3r
 08014 Barcelona

OTRAS INICIATIVAS COMUNITARIAS

Se han potenciado y desarrollado estrategias multisectoriales con los objetivos de reducir los casos de infección por el VIH/sida, disminuir los riesgos de transmisión, facilitar el acceso a los servicios sanitarios y asistenciales, suscitar una respuesta social activa y solidaria y luchar contra las desigualdades y la injusticia social que pueden darse en torno a esta pandemia. En Barcelona, ciudad con una red de voluntariado muy activa y amplia, y con una gran tradición de movilización social para afrontar problemas colectivos, el número de asociaciones, colectivos, federaciones y entidades activas en sida es muy alto. En la tabla se describen los principales centros de interés y actividad de las entidades de trabajo en sida de Barcelona. La mayor parte de acciones, además de trabajo voluntario y donaciones privadas, recibe apoyo económico y logístico de las administraciones local, autonómica y/o central.

En Barcelona, ciudad con una gran tradición de movilización social para afrontar problemas colectivos, el número de asociaciones, colectivos, federaciones y entidades activas en sida es muy alto.

Tabla 2. Actividades de grupos y organizaciones relacionados con el sida en Barcelona, 1986-2002.

Prevención

Edición de materiales preventivos
Programas de prevención y sensibilización dirigidos a población general
Programas de prevención y sensibilización dirigidos a poblaciones específicas:
Usuarios de drogas por vía parenteral
Programas de atención y prevención a las drogodependencias
Programas de reducción de daños
Programas de mantenimiento con metadona
Puntos de intercambio de jeringuillas
Jóvenes
Mujeres
Trabajadores/as del sexo
Reclusos
Gays y lesbianas
Inmigrantes y refugiados
Actividades de formación a mediadores y agentes de salud

Tratamiento

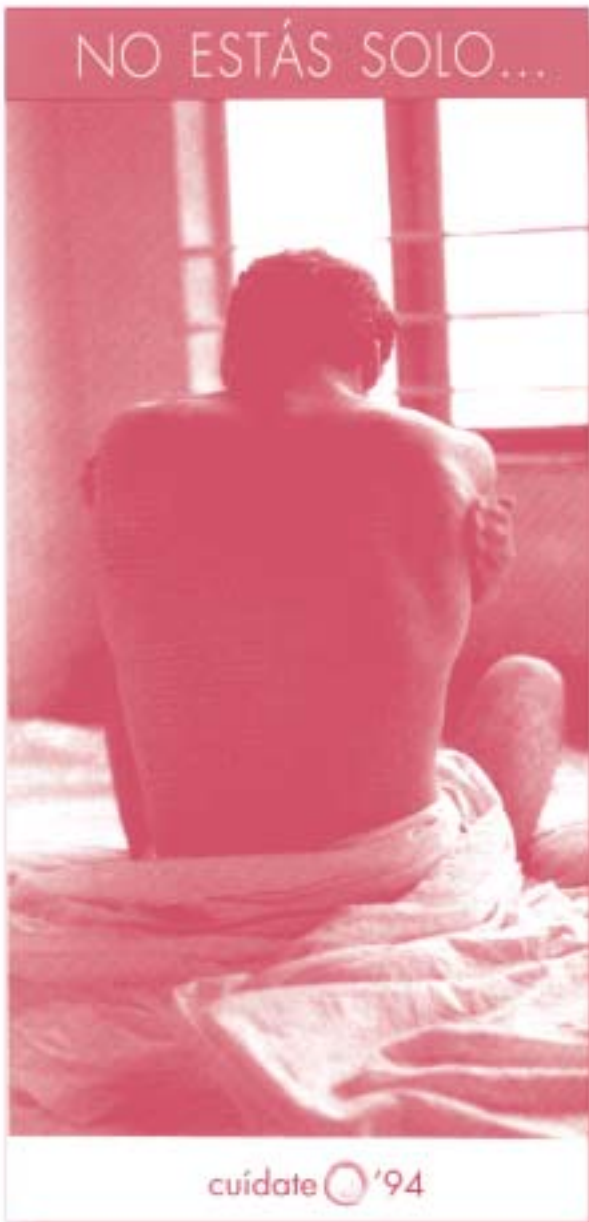
Divulgación de los principales avances de la investigación médica
Recogida de fármacos de reciclaje
Atención a las consultas sobre tratamientos vía telefónica o vía correo electrónico
Programas de adhesión terapéutica
Grupos de autoayuda a la adhesión al tratamiento antirretroviral
Promoción del trasplante de órganos a personas seropositivas

Apoyo

Grupos de ayuda mutua para personas seropositivas y sus familias
Programas de acompañamiento
<i>Counseling</i> y soporte psicológico a afectados por el VIH/sida
Asesoramiento social y jurídico
Centros residenciales y/o de acogida
Atención domiciliaria

Otros

Centros alternativos para la prueba de detección de anticuerpos
Dinamización y formación de voluntariado
Servicios de consulta telefónica y <i>on line</i>
Actividades de investigación y estudios



Coordinadora Gai-Lesbiana
 Stop Sida
 Gais Positius

LA ATENCIÓN

Los afectados residentes en la ciudad reciben atención sanitaria proporcionada por el Servei Català de la Salut (SCS), en la que destaca el protagonismo de los hospitales universitarios. El coste de los tratamientos, incluyendo la terapia antiviral combinada, pivota sobre el SCS. No parece haber problemas de acceso al tratamiento. De hecho, está documentada la entrada de personas de otros países para acceder a la terapia antiviral en España.

Los afectados residentes en la ciudad reciben atención sanitaria pública, incluyendo la terapia antiviral combinada.

Como en otros países del sur de Europa, una parte importante de los casos en la ciudad se relaciona con el uso de drogas no institucionales, especialmente por vía parenteral. Entre los afectados que son directamente usuarios de drogas, sus parejas y las infecciones perinatales de los hijos de madres infectadas por las vías anteriores suman más de la mitad de los casos acumulados.





El 36% de los pacientes UDI que iniciaron tratamiento en el año 2001 y el 18% de los UDI activos contactados en el estudio Itinere eran seropositivos: estas prevalencias muestran la importancia de la infección (aunque afortunadamente sean inferiores a las descritas años atrás). Por tanto, integrar la prevención en la rutina de los centros de atención y seguimiento a las drogas tiene una gran importancia.

También es importante el esfuerzo por integrar el cribado del VIH en su actividad, y el enlace con los demás centros asistenciales. Desde la aparición del sida, los centros de atención a las drogas han tenido que

afrontar el reto de no limitarse a dar respuesta asistencial a las personas dispuestas a abandonar su adicción, sino a integrar programas capaces de alcanzar a muchos otros usuarios de drogas para evitar las peores consecuencias de la adicción. Estos programas, basados en las terapias con metadona, se han visto reforzados con los programas de abordaje de patologías orgánicas y con diversas estrategias de

Los centros municipales de atención a las drogas han tenido en Barcelona un protagonismo especial.

reducción de riesgos. Los centros municipales de atención a las drogas han tenido en Barcelona un protagonismo especial en este campo, y los servicios de sanidad penitenciaria también, dada la frecuencia con que las personas adictas a drogas acumulan problemas legales y el ingreso en prisión.

Una proporción relevante de estas personas sufre además de problemas de salud mental (lo que se suele denominar "patología dual"): en el estudio Itinere se ha establecido que los presentan un 40% de los actuales usuarios de heroína y cocaína. Muchos tienen dificultades para ser atendidos con una visión integral, por ser los dispositivos de salud mental y los de atención a las drogas dispositivos monográficos. Aunque desde la atención primaria de salud se han hecho esfuerzos, especialmente en centros de algunas zonas con mayor prevalencia del problema, estos pacientes suelen superar la disponibilidad de recursos de los centros de atención primaria.

Como en otras enfermedades crónicas que generan invalidez, muchos afectados sufren problemas sociales graves. En este caso, a la enfermedad en sí misma se añade con frecuencia la adicción, y quizás un problema psiquiátrico. Pero en gran parte estos problemas se asocian a la pobreza, al paro, a la falta de domicilio fijo y a la incapacidad de competir en un mercado de trabajo cada vez más exigente. Algunos tienen cargas familiares. Al tiempo, los dispositivos de ayuda a las personas en situación precaria (renta mínima de inserción social, vivienda social...) tienen en nuestro país una cobertura limitada. Por ello, un subgrupo de afectados se encuentra realmente en situación de marginalidad extrema.

EL APOYO A LOS AFECTADOS Y LA REINSERCIÓN

Desde el inicio de la epidemia, la respuesta social en la ciudad se articuló por una parte sobre los servicios públicos de atención sanitaria y social, y por otra parte en organizaciones de afectados y de servicio a los afectados. El

movimiento por los derechos civiles de los homosexuales fue capaz de articular precozmente una respuesta orientada a la prevención y al apoyo social a las víctimas, luchando al tiempo contra la marginación y una representación social distorsionada de la

enfermedad. Pronto surgieron diversas organizaciones de servicio a los afectados, creadas por profesionales sensibilizados, que cubrieron funciones de acogida y orientación y de apoyo emocional, así como otros servicios más prácticos y acciones de sensibilización social y de prevención. Las administraciones públicas apoyaron estas iniciativas, y desde hace años existe un marco estable de financiación para acciones desarrolladas por las organizaciones no gubernamentales, con convocatorias públicas y financiación del Ayuntamiento, de la Generalitat y de la administración central y la Unión Europea. Gracias a estas iniciativas ha sido posible cubrir segmentos de población con los que los servicios públicos tienen dificultades de contacto o de comunicación, así como prestar servicios que permiten salvar dificultades especiales.

Se han creado agrupaciones para facilitar la comunicación entre entidades, como la Federación Catalana de ONG de Servicio en Sida o el Comitè 1er de Desembre, la plataforma unitaria de ONGsida de Cataluña que facilita el intercambio de información,

La respuesta social en la ciudad se articuló sobre los servicios públicos de atención sanitaria y social y en organizaciones de afectados y de servicio a los afectados.

promueve la lucha solidaria contra el sida, la normalización social y la lucha contra la discriminación de las personas seropositivas y facilita la participación de las ONG en las políticas generales de sida en el territorio y su relación con organismos y entidades estatales e

internacionales. A raíz de la organización de la XIV Conferencia Internacional sobre Sida en Barcelona, se ha puesto en marcha la red2002. Se trata de una agrupación de

ONGsida de Cataluña, España, América Latina y el área mediterránea, que desde un espacio central situado en Barcelona estimula la creación de propuestas, garantiza una distribución general e intenta sintetizar proyectos.

Se ha puesto en marcha la red2002, una agrupación de ONGsida de Cataluña, España, América Latina y el área mediterránea, desde un espacio central situado en Barcelona.



En la ciudad de Barcelona, la existencia del Grupo de Trabajo sobre el Sida dentro del Consell Municipal de Benestar Social ha ofrecido un espacio de reflexión, intercambio y coordinación entre la administración local, la red asociativa más preocupada por el sida, y las grandes organizaciones de nuestra sociedad civil. Este grupo, creado en 1996 a instancias de un acuerdo del Consejo Plenario municipal, se ha reunido periódicamente desde entonces, formulando cada curso una serie de recomendaciones y propuestas a las administraciones públicas, y desarrollando una serie de discusiones en torno a diversos problemas que han favorecido una respuesta más vertebrada y compartida de sociedad civil y administración pública, aunque algunos problemas identificados no han tenido todavía una respuesta suficientemente clara.

En los últimos años, con el desarrollo de los tratamientos antivirales y la mejora de la expectativa de vida de los afectados, pasan a primer plano nuevas necesidades. Entre éstas, destacan los servicios de acompañamiento para personas con mayores dificultades para hacer un uso normalizado de los servicios sanitarios y sociales, así como las necesidades de apoyo económico y social a los subgrupos de afectados en situación más precaria. Un mercado de trabajo cada vez más competitivo expulsa a las personas con dificultades que intentan procesos de reintegración. Por ello, las empresas de economía social están llamadas probablemente a jugar un papel más importante en este campo.



Stop Sida
Coordinadora Gai-Lesbiana

PERSPECTIVAS Y PROPUESTAS

El futuro



Propuestas

EL FUTURO

Las grandes tendencias que se apuntan configuran una situación en la que el sida se mantiene en la ciudad, con una incidencia a la baja en comparación con la situación anterior, pero con un volumen relevante de afectados entre los residentes adultos hasta las edades medias. Dejando aparte la infección entre los grupos de alto riesgo que utilizan drogas no institucionales, el riesgo de transmisión venérea comporta un goteo de nuevos afectados. En este sentido, el sida se presenta cada vez más de forma comparable a la sífilis antes de la disponibilidad de los antibióticos: como una enfermedad infecciosa y crónica, con un volumen relativamente pequeño de nuevos afectados,

que golpea en todas las clases sociales pero es más frecuente en determinados ambientes. Se trata de un patrón menos epidémico, pero no deja de ser una situación costosa en términos

Además de alentar los esfuerzos de investigación habrá que mantener las políticas de prevención, de contacto precoz del sistema asistencial con los afectados, y de apoyo y sensibilización social.

sociales, sanitarios y de sufrimiento. Los tratamientos antivirales han mejorado la esperanza de vida de los afectados y su calidad, pero no han podido curarlos. Las vacunas en curso de experimentación parecen prometedoras, pero aún no han mostrado resultados aplicables.

Por ello, y además de alentar los esfuerzos de investigación habrá que mantener las políticas de prevención, de contacto precoz del sistema asistencial con los afectados, y de apoyo y sensibilización social. La situación de los afectados en situación más frágil, o que acumulan otros problemas de salud y sociales, requerirá una atención creciente.



Associació Ciutadana Antisida de Catalunya

PROPUESTAS

Los ejes definidos desde 1998 en el Plan Municipal para la Prevención y el Control del Sida en la ciudad siguen siendo válidos. Es evidente que la política respecto al VIH/sida no puede hacerse sólo desde la administración municipal, ya que la administración autonómica y la central tienen recursos, responsabilidades y competencias claras. La colaboración, la comunicación y la coordinación son cruciales, y, además, han de tener en cuenta la existencia de un abanico de organizaciones y grupos ciudadanos que trabajan en este campo. Por otra parte, el Plan de Salud de Cataluña y su concreción en la ciudad ofrecen una referencia para las acciones a desarrollar desde el sector sanitario.

Para la política municipal frente al sida, es clave el abordaje intersectorial de la enfermedad y sus consecuencias desde una perspectiva de

bienestar social. No puede ser una política limitada a los servicios municipales, sino para el conjunto de la ciudad, y debe impregnar la acción de todos los dispositivos que operan en Barcelona. Hay una voluntad decidida de potenciar la acción social frente al VIH/sida, y por tanto de colaborar con las organizaciones ciudadanas que son activas en este terreno. El Consell de Benestar Social ofrece un marco privilegiado en este campo.

Se plantean cuatro grandes principios: el respeto por la diversidad de valores, normas y estilos de vida personal; el reconocimiento de que cada persona es responsable individualmente ante sí misma y los demás de sus acciones; la opción por favorecer la reducción de riesgos ante la infección, facilitando el acceso a los instrumentos de prevención y su uso; y el respeto al derecho de los ciudadanos a la prestación

Para la política municipal frente al sida, es clave el abordaje intersectorial de la enfermedad y sus consecuencias desde una perspectiva de bienestar social para el conjunto de la ciudad.

de los servicios sanitarios, educativos y de otro tipo garantizados por las leyes. Aunque la política municipal no pretende suplantar el rol de los otros agentes, sí quiere impregnar el conjunto de servicios existentes en la ciudad con esta perspectiva.

Las prioridades han de relacionarse con tres factores: los factores modificables ligados a la infección, las competencias y recursos municipales, y las acciones de otros agentes sociales e institucionales. A partir de estas

consideraciones, se cree que el objetivo general de la política municipal ha de seguir siendo mejorar la prevención y el control del sida en Barcelona, manteniendo una respuesta social activa y solidaria. Para ello se propone centrar

los esfuerzos en torno a tres grandes objetivos: reducir la incidencia de la infección por el VIH y la del sida; conocer la situación de la epidemia de VIH/sida y sus tendencias; y suscitar una respuesta social activa y solidaria. Los objetivos para el próximo período se relacionan en la tabla 3.

Tres grandes objetivos: reducir la incidencia de la infección por el VIH y la del sida; conocer la situación de la epidemia; y suscitar una respuesta social activa y solidaria.

Se plantea la necesidad de desarrollar algunas acciones prioritarias que pueden tener mayor impacto en la prevención. Para ello, y a la luz de la información presentada anteriormente se plantean las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- El sida en Barcelona (como en el resto de Cataluña y España, y otros países del sur de Europa), presenta características diferenciales, como el mayor porcentaje de casos en UDI y la elevada frecuencia de tuberculosis como enfermedad diagnóstica de sida.
- En relación con los UDI, la extensión de programas de disminución de riesgos (programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas...) ha contribuido a la disminución de la

Tabla 3. Objetivos para la prevención y el control del VIH/sida en Barcelona.

1. Reducir la incidencia de la infección por el VIH y la del sida

Actuar para reducir el riesgo de transmisión sexual
Desarrollar acciones para reducir el riesgo entre los UDI y otros usuarios de drogas no institucionales
Facilitar el acceso precoz de infectados y enfermos al sistema asistencial y a las organizaciones de ayuda mutua

2. Conocer la situación de la epidemia de VIH/sida y sus tendencias

Mantener el sistema de vigilancia activa del sida, incorporando la monitorización de la infección
Profundizar en el conocimiento de la distribución de las prácticas preventivas y de riesgo en distintos grupos de población

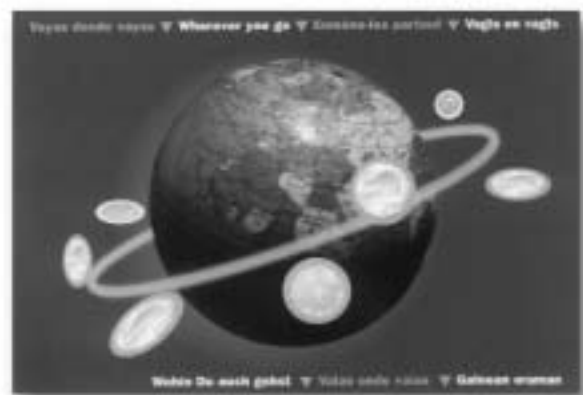
3. Suscitar una respuesta social activa y solidaria

Mejorar la colaboración con las organizaciones sociales
Mantener el problema del VIH/sida en la agenda ciudadana

tasa de incidencia. Todos los sistemas de información implementados en Barcelona para monitorizar la prevalencia de VIH en UDI indican que éstas han bajado de forma significativa desde el año 1991, aunque se observa una moderación del descenso en los años 1999-2001.

- Si bien los decrementos de la proporción de infectados son importantes, persisten prevalencias altas (21 o 22% según población analizada), superiores a las de otros países de Europa en la misma población de riesgo.
- Si se observa la proporción de infectados en usuarios de drogas –inyectores o no– observamos descensos más importantes que en UDI. Esto es debido al cambio de vía principal de consumo: actualmente, el consumo inyectado es minoritario, y persiste sólo en colectivos cerrados y en determinadas zonas de la ciudad. Afecta a una población excluida que presenta un riesgo mayor que el grueso de usuarios de drogas psicoactivas.

- Las mujeres que usan drogas no institucionales presentan prevalencias de infección más elevadas que los varones y, probablemente, esto es debido a que al riesgo de inyección se suma el riesgo sexual: un alto porcentaje de mujeres consumidoras de drogas practica la prostitución para costear su consumo.
- Los grupos más jóvenes de usuarios de drogas presentan prevalencias más bajas y con porcentajes de decremento importantes. Las cohortes de mayor edad presentaron declives en la prevalencia de infección hasta el año 1998. A partir de este año se observa un estancamiento de la misma, probablemente debido al aumento de la supervivencia del colectivo. Es decir, en los primeros años el declive era por la mortalidad y en los últimos años ha descendido gracias a los nuevos tratamientos antirretrovirales.
- Actualmente, el consumo inyectado de drogas psicoactivas se está acantonando en una determinada población, la mayoría de la cual son personas socialmente excluidas que no se mantienen en tratamiento por su toxicomanía –ni en programas con metadona– y que presentan prácticas de consumo de alto riesgo (comparten utensilios y parafernalia de inyección, se inyectan en zonas de alto riesgo, carecen de la mínima



Stop Sida
Coordinadora Gai-Lesbiana

higiene...). Dispositivos de venopunción segura en las áreas de mayor consumo inyectado posibilitarían que se educara en técnicas de venopunción segura, y facilitarían un apoyo mínimo –comida, higiene, lavandería...– para reducir riesgos, tanto de infección por sida como por otras causas.

- Los otros programas de disminución de daños que se están llevando a cabo en la ciudad de Barcelona desde el año 1991 –programas de mantenimiento de metadona, intercambio de jeringuillas...– tendrían que mantenerse. Los programas de intercambio de jeringuillas deberían entrar en los centros penitenciarios, como en su día los programas de metadona, ya que actualmente es en las cárceles donde se concentra el problema de las jeringuillas compartidas.
- La introducción del tratamiento antituberculoso directamente observado en estos pacientes, ha disminuido la difusión de la tuberculosis entre los infectados por el VIH, lo que ha evitado diagnósticos de sida en este colectivo.
- Con la introducción generalizada de las nuevas terapias antirretrovirales se aprecia un brusco descenso de la mortalidad y de los nuevos casos de sida. Barcelona necesita ahora reducciones mayores en las prácticas de riesgo. Paralelamente, se observa una tendencia creciente de la transmisión heterosexual, que, desde 1996, ha superado a la de los hombres con prácticas homosexuales.
- La prevención de la transmisión sexual entre los jóvenes plantea problemas concretos, por los que es necesario continuar e implementar programas especialmente dirigidos a ellos, sin olvidar la prevención sexual en el resto de la población.
- Se deben continuar los esfuerzos para mejorar la aceptabilidad de la prueba diagnóstica del VIH, promoviendo la confidencialidad para evitar la discriminación, e informando sobre los beneficios que actualmente ofrece ya la terapia.



Sida Studi

ANEXOS

Referencias bibliográficas



Relación de personas que han participado en el Grup de Treball sobre la Sida del Consell Municipal de Benestar Social, 1996-2002

Abstract

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. AIDS epidemic update. December 2001. Global Tuberculosis Control: WHO Report, 2002. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.
2. Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA. Surveillance du VIH/SIDA en Europe: Rapport du 1er semestre 2001. Saint-Maurice: Institut de la Veille Sanitaire, 2001. N° 65.
3. Centro Nacional de Epidemiología. Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. Vigilancia del SIDA en España. Informe Semestral nº 1, año 2001. Balance de la epidemia a 31 de diciembre de 2001.
4. García de Olalla P, Vall M, Miret M, Clos R, Casabona J, Caylà JA. Exhaustividad de la notificación de los casos de SIDA en Cataluña: Un estudio basado en las solicitudes de determinaciones de linfocitos CD4 y en la prescripción de antirretrovirales. Rev Esp Salud Pública 1998; 72(6):501-07.
5. Vilaseca J, Arnau JM, Bacardi R, Mieras C, Serrano A, Navarro C. Kaposi's sarcoma and toxoplasma gondii brain abscess in Spanish homosexual. Lancet 1982; 1:572.
6. García de Olalla P, Caylà JA, Brugal MT *et al.* Evolución de la mortalidad y supervivencia del SIDA en Barcelona. Med Clin (Barc) 1999; 169-170.
7. Montellà N, Borrell C, Brugal MT, Plasencia A. Evolución de la mortalidad en los jóvenes de la ciudad de Barcelona: 1983-93. Med Clin (Barc) 1997; 108:241-247.
8. García de Olalla P, Knobel H, Carmona A, Guelar A, López-Colomés JL, Caylà JA. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. JAIDS 2002; 30:105-110.
9. Díez E, Barniol J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Gac Sanit 1998; 12:272-80.
10. Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus Font, 2000.
11. Juárez O, Díez E, Barniol J, Villamarín F, Nebot M, Villalbí JR. Conductas preventivas de la transmisión sexual de sida, de otras infecciones y del embarazo en estudiantes de secundaria. Aten Primaria 1999; 24:194-202.
12. INJUVE. Resultados preliminares. Informe Juventud en España. Madrid, 2000.
13. Castilla J, del Amo J, Sánchez F y Registros Autónomos de SIDA. Casos de sida en España de personas de otros países de origen. Boletín Epidemiológico Semanal. Centro Nacional de Epidemiología. Vol 8, num 10/97. Madrid, 2000.
14. García de Olalla P, Lai A, Jansà JM, Bada JL, Caylà JA. Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros. Gac Sanit 2000; 14:189-194.
15. Vallés X, Sánchez F, Pañella H, García de Olalla P, Jansà JM, Caylà JA. Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados. Med Clin (Barc) 2002; 118:367-368.
16. Brugal MT, Jansà JM, García de Olalla P, Caylà JA. ¿Disminuye la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los drogadictos intravenosos de Barcelona? Med Clin (Barc) 1995; 105:234.
17. Manzanera R, Torralba L, Brugal MT, Armengol R, Solanes P, Villalbí JR. Afrontar los estragos de la heroína: Diez años del Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona. Gac Sanit 2000; 14:58-66.
18. Díez E, Juárez O, Nebot M, Cerdà N, Villalbí JR. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviors of an AIDS prevention program targeting secondary school adolescents. Promotion & Education 2000; 7:17-22.
19. Díez E, Juárez O. Informe anual de resultats del programa PRESSEC. Curs 1998-1999. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1999.
20. Fernández S, Juárez O, Díez E. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. Rev Esp Salud Pública 1999; 73:683-692.
21. Juárez O, Díez E. Prevención del sida en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. Gac Sanit 1999; 13:150-62.
22. Fernández S, Díez E, Juárez O, Nebot M, Villalbí JR. Catàleg de recursos educatius de prevenció de la sida. Barcelona: Instituto Municipal de Salud Pública, 1998.

RELACIÓN DE PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN EL GRUP DE TREBALL SOBRE LA SIDA DEL CONSELL MUNICIPAL DE BENESTAR SOCIAL, 1996-2002

Sra. Ana Altabas
Sra. Montserrat Borràs
Sra. Teresa Brugal
Sra. Esther Busquets
Sra. Elena Caballero
Sra. Gemma Calvet
Sra. Inma Campo
Sr. Josep F. Canal
Sra. Isabel Canudas
Sra. Àngels Cardona
Sr. Xavier Carné
Sr. Jordi Casabona
Sra. Rosa M. Casanovas
Sr. Jordi Casas
Sr. Claudio Castillo
Sr. Joan A. Caylà
Sra. Judith Cobeña
Sra. Mónica Cortés
Sra. Jordina Cunill
Sr. Xavier de Vega
Sr. Sotero del Campo
Sra. Elia Díez
Sra. Gemma Escalé
Sr. Josep Farrés
Sr. Dovirgen Fernández
Sra. Rosa Font
Sra. Laura Fontova
Sra. M. Antònia Fort
Sra. Maria Franquesa
Sr. Juan Rafael Gálvez
Sra. Patricia Garcia de Olalla
Sra. Pilar Garriga
Sr. Carles Gil
Sr. Albert Giménez
Sr. Josep Gramunt
Sr. Rafael Guaita

Sr. Antonio Guirado
Sra. Ana Gutiérrez
Sr. Santi Hernández
Sr. Miquel Huertas
Sra. Victoria Huguet
Sr. Jesús Husillos
Sra. Anna Jardí
Sr. José A. Jiménez i López
Sra. Olga Juárez
Sra. Silvia Lacasta
Sra. Titón Laila
Sr. Josep L. López Colomé
Sra. Carmen López Matheu
Sra. Maria J. López Rodríguez
Sr. César López Urios
Sra. Montserrat Loyola
Sra. Esther Mallas
Sr. Rafael Manzanera
Sra. Montserrat Masip
Sra. Susana Mayoral
Sra. Teresa Mejía
Sr. Michael Meulbroek
Sra. Laura Mitrani
Sra. Mariola Moreno
Sra. Marta Moreno
Sra. Neus Munté
Sr. Jaume Obradó
Sr. Joan A. Oliver
Sr. Josep M. Orteu
Sra. Isabel Oto
Sra. Goretti Palau
Sra. Emilia Pallàs
Sr. David Paricio
Sra. Laura Pelay
Sra. Maribel Pérez
Sr. Andreu Pérez Mingorance

Sra. Mercedes Pérez Oliva
Sr. Oriol Pérez i Sugrañes
Sr. Guillermo Pezzi
Sra. Llum Polo
Sra. Montserrat Pont
Sra. Joana Prats
Sr. Aleix Puiggalí
Sr. Ferran Pujol
Sra. Rosa Ramírez Brugalada
Sra. Anna Ramón
Sra. Rosa Ros
Sra. Tina Saborido
Sra. Marina Sánchez
Sra. M. Eugenia Sánchez Carreté
Sra. Cristina Sanclemente
Sra. Marta Sanromà
Sra. Maria Sanz
Sra. M. Teresa Sirgado
Sra. Pilar Solanes
Sr. Miquel Solsona
Sr. Xavier Tamayo
Sr. Lluís Tarruell
Sr. Lluís Torralba
Sra. Marta Torrents
Sr. Xavier Tort
Sra. Carme Trilla
Sra. Carme Turró
Sra. Laura Valenzuela
Sra. Roser Vallribera
Sr. Joan R. Villalbí
Sr. Jofre Villanueva
Sr. B. Villareal
Sra. M. Antònia Villoria
Sr. Josep M. Vinué
Sra. Cristina Visiers
Sra. Cati Zaragoza

ABSTRACT

INTRODUCTION

In the 1980s, the outbreak of the HIV/AIDS epidemic brought a great deal of suffering, disease and premature death to the city of Barcelona. It also caused a certain amount of social alarm in the beginning, given the devastating effects of this new and unknown disease. However, society in general and the public administration in particular, including the municipal government, got organized to form a united front.

Today the situation has improved. HIV/AIDS is still one of our health problems, but we've developed programs to reduce its impact and have made sure people infected with the virus have access to adequate treatment. Moreover, people living with HIV/AIDS have a lower risk of being discriminated against and shunned by society, though many of them still face serious social problems.

The city government has made a great effort, and the merit goes primarily to the public health services, which have led the public administration's response and have worked shoulder to shoulder with the city's professionals and HIV/AIDS associations.

The XIV International AIDS Conference in Barcelona therefore seems like the perfect time to publish this document, which provides data to quantify the dimensions of the problem and its evolution, as well as the responses developed in the city. We hope it is useful to other cities, professionals and activists committed to the prevention and control of this health problem.

Imma Mayol i Beltran

4th Deputy Mayor of Barcelona
President of the Municipal Institute of Public Health

FREQUENCY OF THE DISEASE

Starting in 1981, when the first case of AIDS was diagnosed in Barcelona (it was also the first case in Spain), the number of infections rose steadily until 1992. The trend changed for the first time in 1993, when there was a 9% drop compared to the previous year. As of 1995, there was an overall drop in the number of new cases and the number of deaths, but in 1996, with the widespread introduction of antiretroviral therapies, the mortality rate plummeted and the number of new cases was reduced. This meant a spectacular increase in the number of people living with HIV/AIDS. The total number of cases detected in Barcelona up until 31 December 2001 was 7913, 5708 of whom lived in Barcelona, thus representing an accumulated prevalence rate of 347 cases per 100,000 inhabitants.

DISTRIBUTION ACCORDING TO MEANS OF TRANSMISSION

Since 1986, the most frequent form of transmission has been intravenous drug use (50.5% of the total, though this figure is dropping). The second most common form (also on the decline) is homosexual transmission (27% of the total). Heterosexual transmission is in third place and has been on the rise since 1986 (15% of the total). The percentage of mother-to-child cases is 1.2%, with no new cases recorded in 2000 or 2001. Nearly all of them (96%) were due to vertical transmission and the most frequent risk factor was injection-drug use by the mother. Cases of infection caused by blood transfusions and contaminated blood products represent 1.2% of the total and are also on the decline.

COMMUNITIES AT RISK

Young people. Adolescents continue to be vulnerable to HIV infection, although the number of cases in this age group is low. It is in their teens when young people adopt healthy or risky behavior with regard to sex and drug use and this behavior often determines adult habits.

Immigrants. While only two years ago the prevalence of HIV infection among foreign immigrants was low, the most recent figures on the disease in Barcelona show an increase in the number of cases detected in people from other countries. Of 5365 patients, 5.4% were immigrants. However, this group accounted for 16% of the new cases reported in 2001.

Drug users. Of the total number of drug users, the overall prevalence of people living with HIV/AIDS is 25.3%, though this percentage has shown a clear tendency to drop in the last few years, going from 33% in 1996 to 22% in 2001. These numbers are congruent with the trend observed in a study to determine the prevalence of HIV among drug users. Prevalence is not uniform in terms of the route of drug use: drug injectors present an overall prevalence of 40%, whereas the figure for non-injectors is 3.4%.

PREVENTION

Activities for AIDS prevention are primarily aimed at avoiding new infections in the community. In light of existing data, the main efforts should be focused on avoiding infections among intravenous drug users and their partners, as well as mother-to-child infection in the same group. Because of the special situation involved, a considerable number of intravenous drug users are concentrated in the prison community, which represents a unique scenario for intervention. Efforts should also be made to prevent the risk of sexual transmission among young people, sex workers and their clients.

HEALTHCARE

Barcelona residents living with HIV/AIDS receive healthcare from the Catalan Health Service (SCS), with university hospitals playing a leading role. The cost of treatments, including combined antiretroviral therapies, is supported by the SCS. There do not seem to be any problems as far as accessing treatment is concerned. In fact, it has been documented that people are coming from other countries to gain access to antiretroviral therapy in Spain.

SUPPORT FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS AND REINTEGRATION

Since the epidemic started, the city's social response has been channeled mainly through public health and social services and organizations made up of and for people living with HIV/AIDS. The gay-rights movement got an early start by providing a response aimed at prevention and social support for the victims, while fighting against marginalization and society's distorted perceptions of the disease. A number of organizations created by professionals aware of the seriousness of the disease soon sprang up to help people living with HIV/AIDS by providing guidance and emotional support, as well as practical services, prevention activities and public-awareness campaigns.

THE FUTURE

The statistics indicate that HIV/AIDS will continue to play a role in the city, though at a lower prevalence rate compared to the previous situation, but with a considerable number of people living with HIV/AIDS in the young to middle-age bracket. Besides encouraging research, it will also be necessary to maintain the policies of prevention, early contact by the health system with affected parties, support and public awareness. People living with HIV/AIDS in frail situations and with other health and social problems will require increased attention.

One of the keys to the city's AIDS policy is addressing the disease and its consequences from a multi-sectoral perspective. It cannot be a policy limited to municipal services, but must address the city as a whole and impregnate the action of all the agencies operating in Barcelona. With this approach in mind, action will be focused on three main goals: reducing the prevalence of HIV infection and AIDS, being aware of the situation of the HIV/AIDS epidemic and its trends, and encouraging awareness based on social action and solidarity.