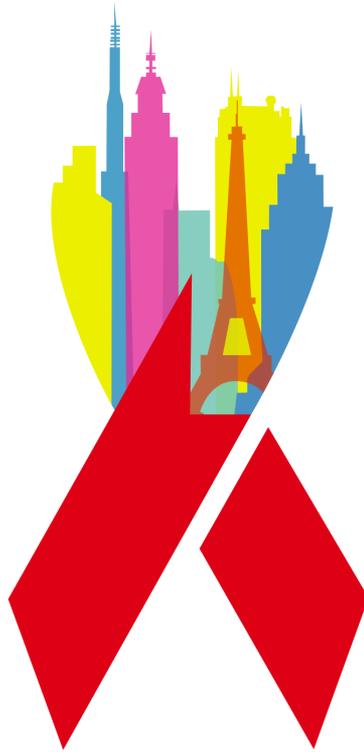


Plan por una Sevilla
libre de VIH y sida
2018 / 2022



Fast-Track
Sevilla
por una ciudad sin VIH y sida



NO8DO

AYUNTAMIENTO DE SEVILLA



Fast - Track Sevilla

por una ciudad sin VIH y sida



Autoría: Nicola Lorusso.

Coordinación institucional: Fernando Martínez-Cañavate García-Minas, Fernando Lozano de León Naranjo.

Coordinación técnica: M^a Dolores Martínez Ruiz, Pilar Cuéllar Portero, Carmen Zamora Fuentes.

Colaboraciones expertas: M^a Julia Pérez García, Alejandra Martínez Gómez, Valentín Márquez Luna.

Equipo Asesor: Mauricio Lozano Navarrete, M^a Ángeles Coza Pérez, M^a Ángeles Cedillo Medina, Manuel Torralbo Moreno, Yolanda González Coll.

Aportaciones especiales:

“Evaluación inicial y marco teórico”: Miguel Picó Juliá.

“Análisis situación epidemiológica Distrito Sevilla”: Eduardo Briones Pérez de la Blanca.

“Difusión y Comunicación”: Samuel Guerrero Gómez y Julio García Rodríguez.

Revisión externa: Cristina Torró García-Morato y Syra Borrás Pruneda.

Depósito Legal: SE-2002-2018

Agradecimientos:

Al apoyo y colaboración proporcionados por el Ayuntamiento de Sevilla, la Consejería de Salud, la Delegación territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, Adhara Centro Comunitario de VIH y sida y otras ITS, la Fundación Atenea, la Fundación Triángulo, Médicos del Mundo, la Universidad de Sevilla y los Distritos de Atención Primaria Sevilla y Costa del Sol.

Sevilla ciudad pionera en el Plan Fast-Track

Sevilla, comprometida con los principios recogidos en la Declaración de París, se convirtió en la primera ciudad en adherirse al movimiento Fast-Track “Ciudades libres de VIH y sida” a través del cual se desarrollan estrategias urbanas para alcanzar los conocidos como objetivos 90-90-90.

Desde el Ayuntamiento de Sevilla, especialmente desde la Delegación de Bienestar Social y Empleo y la Dirección General de Salud Pública y Protección Animal, se llevan a cabo diversas medidas centradas en aquel compromiso que este consistorio suscribió. Una gran muestra de ello es la elaboración del PlanFTS (Plan Fast-Track Sevilla) bajo el cual, las administraciones y sociedad civil integrantes del Comité Fast-Track desarrollaran sus acciones frente al VIH y sida en estos próximos años.

El Ayuntamiento de Sevilla, a través de campañas de concienciación, programas y actividades de promoción de la salud, coordinación con el movimiento asociativo y administración autonómica, persigue crear sinergias que permitan alcanzar los objetivos propuestos para 2020, deteniendo la transmisión del VIH y poniendo fin a la epidemia del sida para el año 2030.

Creo, firmemente, que los cargos públicos tenemos el deber de, no solo concienciarnos, sino concienciar al conjunto de la ciudadanía en este tipo de causas y luchar contra ellas.

Por todo ello, la Delegación de Bienestar Social y Empleo en particular y el resto del conjunto de la Corporación Municipal en general, a través de las políticas locales llevadas a cabo, hemos adquirido el firme compromiso de trabajar, incesablemente, en las líneas estratégicas que recoge el PlanFTS con el único propósito de cumplir nuestro ansiado objetivo: hacer de Sevilla una ciudad sin VIH ni sida.

Juan Espadas Cejas
Alcalde de Sevilla

“Si el hombre pudiera decir lo que ama, si el hombre pudiera levantar su amor por el cielo como una nube en la luz; si como muros que se derrumban, para saludar la verdad erguida en medio, pudiera derrumbar su cuerpo, dejando sólo la verdad de su amor, la verdad de sí mismo, que no se llama gloria, fortuna o ambición, sino amor o deseo, yo sería aquel que imaginaba; aquel que con su lengua, sus ojos y sus manos proclama ante los hombres la verdad ignorada, la verdad de su amor verdadero.”

Luis Cernuda,
de su libro *Los placeres prohibidos* (1931)
Sevilla, 1902 - Ciudad de México DF, 1963.

Comité Fast-Track Sevilla

Administración/ Entidad	Cargo/Puesto	Nombre Y Apellidos
Ayuntamiento de Sevilla Delegación de Bienestar Social y Empleo Servicio de Salud	Jefe de Servicio	Fernando Martínez-Cañavate García-Minas
	Jefa de Sección Promoción de Salud	M ^a Dolores Martínez Ruiz
	Psicóloga-Sexóloga	Pilar Cuéllar Portero
Junta de Andalucía Consejería de Salud Plan Andaluz frente al VIH, sida y otras ITS	Director del Plan	Fernando Lozano de León Naranjo
	Coordinadora Técnica del Plan	Carmen Zamora Fuentes
Junta de Andalucía Consejería de Salud Distrito de Atención Primaria Costa del Sol	Epidemiólogo Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública	Nicola Lorusso
Junta de Andalucía Consejería de Salud Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales	Jefe de Servicio	Ramón Santos Luque
	Técnica Sección Programas de Salud	M ^a Ángeles Coza Pérez
Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla	Director UGC Salud Pública	Eduardo Briones Pérez de la Blanca
	Técnico de Promoción de Salud	Mauricio Lozano Navarrete
Universidad de Sevilla Vicerrectorado de los Servicios Sociales y Comunitarios Área de Promoción de Salud	Vicerectora de Servicios Sociales y Comunitarios	Ana M ^a López Jiménez
	Técnica del Área de Promoción de la Salud	M ^a Ángeles Cedillo Medina
Adhara, Centro Comunitario de VIH y sida y Otras ITS	Presidente	Jesús García Carrillo
	Vicepresidente	José Carlos Salcedo Higuera
	Coordinadora	Alejandra Martínez Gómez
Fundación Triangulo	Presidente	Raúl González del Rio
	Coordinador de Proyectos del Área de Salud	Manuel Torralbo Moreno
Fundación Atenea	Coordinadora de Proyectos	Yolanda González Coll
	Psicóloga	M ^a Julia Pérez García
Médicos del Mundo	Coordinador de Proyectos de Inclusión de Médicos del Mundo Andalucía	Valentín Márquez Luna

Resumen Ejecutivo

En octubre de 2015, Sevilla se convirtió en la primera ciudad española en firmar la Declaración de París y en adherirse al Proyecto Fast-Track “Ciudades libres de VIH”. Este compromiso implica centrarse en las comunidades más afectadas por el VIH y desarrollar estrategias urbanas para alcanzar los objetivos 90-90-90 relativos al tratamiento del VIH para el 2020 marcados por la OMS y poner fin a la epidemia de sida a nivel mundial en 2030.

A tal efecto, en julio de 2016, se constituyó una comisión local de trabajo para la elaboración del Plan Fast-Track Sevilla 2018-2022 (PlanFTS) formada por personas expertas en diferentes disciplinas, todas implicadas directa o indirectamente en la respuesta frente al VIH.

El PlanFTS se basó sobre principios rectores de equidad y accesibilidad, perspectiva de género, enfoque intersectorial y de alianzas, compromiso con la ciudad, participación ciudadana y social, evidencia científica e innovación. Se consultaron las publicaciones marco de diferentes instituciones y organismos nacionales e internacionales (OMS, ONUSIDA, CDC, ECDC, MSSSI, EASP, CESIDA) que, desde la perspectiva local, se adaptaron al contexto de partida de la ciudad.

En la actualidad no existe una sola epidemia de VIH, sino un conjunto de epidemias dispersas entre las diversas poblaciones clave. Por ello, se utilizó una metodología en la que se describen tres ejes de acción (población general, grupos clave, personas con VIH) según criterios de prevalencia y riesgo de exposición. Se establecieron un conjunto de objetivos y recomendaciones para orientar la puesta en marcha de acciones locales que potencien la prevención del VIH y otras ITS y que mejoren la calidad de vida de las personas que viven con VIH, desde un conocimiento explícito de la realidad local.

El objetivo horizonte del PlanFTS en Sevilla es detener la transmisión del VIH y poner fin a la epidemia de sida para el año 2030 y erradicar el estigma y la discriminación asociada con el VIH y sida, así como otras discriminaciones derivadas.

A corto plazo, el PlanFTS se propone alcanzar los objetivos 90-90-90 para 2020, reducir el retraso diagnóstico, detectar y tratar otras ITS que aumentan el riesgo de infección, incluyendo todas las herramientas de prevención disponibles y de forma combinada. Además, permite valorar la introducción de nuevas oportunidades de prevención y de diagnóstico.

Sobre la base del profundo conocimiento de las problemáticas locales en salud derivadas de la infección por el VIH, el PlanFTS contempla 4 líneas estratégicas:

- Promoción de la salud y prevención de la infección por el VIH en todas las personas.
- Calidad de vida y atención integral a las personas que viven con el VIH.
- Igualdad positiva e inclusión efectiva de las personas que viven con el VIH, de las poblaciones clave y de los grupos más vulnerables.
- Ayuntamiento líder.

Además, cuenta con una estrategia transversal de comunicación para su implantación y divulgación. Asimismo, se establecieron una serie de indicadores para el seguimiento y la evaluación de los resultados del Plan en su conjunto.

Abstract

In October 2015, Seville (Andalusia, Spain) was the first Spanish city to sign the Paris Declaration on Fast-Track Cities. This commitment involves mayors and other political leaders, civil society, clinical and service providers, non-governmental organizations and other stakeholders to accelerate the local AIDS responses and HIV prevention.

In Seville, this initiative led to the creation of a multidisciplinary workgroup, composed of experts involved in the response to HIV, for the drafting of a Seville Fast-Track Plan 2018-2022 (SFT Plan). The Plan supports the achievement of objectives 90-90-90 for testing, treatment and viral suppression of HIV by 2020, and to move towards the end of AIDS by 2030.

The Plan is based on guiding principles of equity and accessibility, gender perspective, intersectoral and alliance approach, commitment to the city, citizen and social participation, scientific evidence and innovation. The framework publications of different institutions and organizations, national and international (WHO, UNAIDS, CDC, ECDC, MSSSI, EASP, CESIDA) were consulted and adapted from the local perspective. At present, there is not a single HIV epidemic, but a set of different epidemics among the population. Therefore, the methodology describes three group of action (general population, key groups, people with HIV) according to prevalence criteria and risk of exposure.

The current epidemiological situation of HIV and other sexually transmitted infections (STIs) was analyzed. The SFT Plan includes a set of objectives and recommendations to guide the implementation of local interventions that promote the prevention of HIV and other STIs and improve the quality of life of people living with HIV. A set of objectives and recommendations were established to guide the implementation of local actions that promote the prevention of HIV and other STIs and improve the quality of life of people living with HIV.

The objective of the FTS Plan in Seville is to stop the transmission of HIV and put an end to the AIDS epidemic by the year 2030 and eradicate the stigma and discrimination associated with HIV, as well as other related discriminations. In the short term, it aims to achieve the 90-90-90 targets by 2020, reduce the diagnostic delay, detect and treat other STIs that increase the risk of infection, and using all available prevention tools in combination. The SFT Plan includes four strategic lines, based on the deep knowledge of local health problems derived from HIV infection:

- Promotion of health and prevention of HIV infection in all people
- Quality of life and comprehensive care for people living with HIV
- Positive equality and true inclusion of people living with HIV, key populations and the most vulnerable groups
- Leading City Hall

In addition, the Plan has a transversal communication strategy and a series of indicators for its proper implementation and evaluation were designed.

Índice

1. Presentación del Ayuntamiento	20
1.a. Descripción de la iniciativa	21
1.b. Compromiso del Ayuntamiento de Sevilla	24
2. Presentación de la ciudad y análisis de partida	26
2.a. Presentación de la ciudad	27
2.b. Indicadores urbanos de la ciudad	29
2.c. Recursos del Sistema Sanitario Público de Andalucía	31
2.d. Análisis de situación epidemiológica	34
2.e. Análisis de situación de las actuaciones frente al VIH	42
3. Misión, Visión y Objetivos del Plan Fast-Track Sevilla	50
4. Principios rectores	54
5. Ejes de acción y descripción de la población diana	58
5.a. Población general	60
5.b. Grupos de población que son clave en la epidemia	64
5.c. Personas que viven con el VIH	72

6. Líneas estratégicas	74
6.a. Línea estratégica I: Promoción de la salud y prevención de la infección por el VIH en todas las personas	79
6.b. Línea estratégica II: Calidad de vida y coordinación de la atención sociosanitaria a las personas que viven con el VIH	87
6.c. Línea estratégica III: Igualdad positiva e inclusión efectiva de las personas que viven con el VIH, de las poblaciones clave y de los grupos más vulnerables	90
6.d. Línea estratégica IV: Ayuntamiento líder	95
7. Difusión y Comunicación	98
8. Evaluación y Seguimiento: Indicadores	104
9. Acciones propuestas	108
10. Bibliografía consultada	110
11. Glosario de términos y abreviaturas	116
ANEXO I: Declaración de París firmada por el Alcalde de Sevilla	1 19
ANEXO II: Actuaciones desarrolladas y servicios prestados por las entidades sociales y la Universidad en Sevilla	122

1. Presentación del Ayuntamiento



1.A.Descripción de la iniciativa

El día 1 de diciembre de 2014, Día Mundial del sida, alcaldes de 26 ciudades, firmaron en París una declaración para poner fin a la epidemia del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida) en sus municipios.

En dicha declaración, denominada Declaración de París¹, y liderada por la ciudad de París, alcaldes y gobiernos de más de 50 municipios con alta prevalencia de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de todo el mundo, se comprometieron a adoptar una serie de compromisos para acelerar la respuesta al sida, ANEXO I.

Entre tales compromisos se encuentra alcanzar los objetivos 90-90-90 relativos al tratamiento del VIH para el año 2020, que consiste en que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico, que el 90% de éstas sigan un tratamiento adecuado de manera continuada, y en suprimir la carga viral del 90% de las personas en tratamiento, para que se mantengan sanas y se reduzca el riesgo de transmisión del VIH. Poner fin a la epidemia de sida a escala mundial para el año 2030. Todo ello, con cero estigma y discriminación.

Estos objetivos son parte de la Estrategia de Respuesta Rápida 90-90-90(1), que pretende evitar casi 28 millones de nuevas infecciones por el VIH y 21 millones de muertes hasta el 2030, en el mundo, trabajando con un enfoque centrado en las personas y basado en los derechos humanos.

En ese mismo encuentro, ONUSIDA presentó un informe sobre el VIH en las ciudades, que describe el importante papel que tienen las áreas urbanas para poner fin a la epidemia mundial de sida para 2030.

¹Iniciativa impulsada por la alcaldesa de la capital francesa, Anne Hidalgo, junto con el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-HABITAT) y la Asociación Internacional de Proveedores de Atención al Sida (IAPAC).

El Informe titulado: El Informe Sobre Las Ciudades (2), muestra que las zonas urbanas se ven especialmente afectadas por la epidemia de VIH, pues se estima que las 200 ciudades más afectadas por la epidemia albergan a más de la cuarta parte de los 35 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo. Además, en muchos países, más de la mitad de las personas con VIH residen en zonas urbanas.

Por ello, para poner fin a la epidemia, es fundamental acelerar la respuesta al VIH en el medio urbano, sin descuidar los esfuerzos en las zonas rurales y otras áreas.

La respuesta rápida al sida en las ciudades, también fomenta que surjan nuevos programas avanzados de prestación de servicios, que faciliten el abordaje y tratamiento de otros problemas de salud pública, muchos de ellos relacionados con la infección por el VIH, como la tuberculosis (TBC), las hepatitis virales o las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otras.



La Declaración de París incluye el compromiso de centrarse en las comunidades más afectadas por el VIH, movilizar recursos para lograr una mejor integración de salud pública y desarrollo, construir y acelerar estrategias urbanas en materia de VIH y usar la respuesta al sida como catalizador para una transformación social positiva (Figura 1).

Figura 1. Fundamentos para la acción de la Declaración de París.



“El presente plan se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas, concretamente con el objetivo 3.3 para poner fin a la epidemia del sida y de ITS”(www.un.org)”.

1.B.Compromiso del Ayuntamiento de Sevilla

En octubre del 2015, a través de un acuerdo en el Pleno Municipal y con el apoyo de todos los grupos políticos, Sevilla se convirtió en la primera ciudad española en firmar la Declaración de París y en adherirse al Proyecto Fast-Track.

La asociación Adhara, Centro Comunitario de VIH, sida y otras ITS, inició la propuesta que impulsó la adhesión de Sevilla a esta declaración. En abril de 2016, se aprobó por parte de la Administración Local un presupuesto específico para abordar la epidemia de VIH y sida en la ciudad de Sevilla. De este modo, se puso de manifiesto su fuerte compromiso local con la salud pública, y la inversión realizada en materia de productividad, prosperidad compartida y bienestar social.

Los objetivos de la Declaración de París son una prioridad en la agenda política y sustentaron, en julio de 2016, la constitución de una comisión mixta de trabajo, el Comité Fast-Track, donde las miradas y los esfuerzos crean sinergias entre las administraciones e instituciones locales y el movimiento civil. En el comité están representadas tanto la administración local, la autonómica, la universidad, así como miembros de la sociedad civil a través de entidades sociales que trabajan en la prevención del VIH y sida.

Para lograr esos objetivos, hay que partir de principios globales para actuar de forma local, aprovechando los programas y recursos existentes en la ciudad y poniendo en marcha intervenciones locales dirigidas a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento relacionados con el VIH.

En este marco, se ha elaborado el Plan Fast-Track Sevilla (PlanFTS) de acuerdo con el cronograma local establecido (Figura 2). Este Plan pretende ser un documento vivo y abierto, donde se puedan incluir todas las acciones que sigan la filosofía de Fast-Track a propuesta de los organismos, instituciones, servicios o entidades que quieran participar en los objetivos del mismo.



El objetivo horizonte es detener la transmisión del VIH y poner fin a la epidemia de sida en Sevilla para el año 2030. Para ello, el PlanFTS se propone incrementar la frecuencia de las pruebas y diagnosticar las infecciones por el VIH en su fase aguda (inicial), detectar y tratar otras ITS que aumentan el riesgo de infección, incluyendo todas las herramientas de prevención disponibles y de forma combinada. Además, permite valorar la introducción de nuevas oportunidades de prevención y de diagnóstico, previa autorización de las autoridades competentes, como es el caso del autotest ofertado en las farmacias¹.

Figura 2. Cronograma del Plan Fast-Track Sevilla.

HITOS	2015			2016												2017					2018									
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E		
30 octubre: Aprobación en pleno de la adhesión																														
24 mayo 2016: Firma de la declaración de Paris por el Sr. alcalde																														
2016:Primer presupuesto con líneas explicitas de gasto en prevención de VIH																														
Reuniones previas a la formación del comité																														
21 de julio 2016: Formación del comité Fast Track																														
Octubre 2016: Primer borrador del plan																														
Diciembre 2016: Conferencia con la IAPAC																														
Actividades Fast Track																														
2017:segundo presupuesto, con incremento económico																														
Febrero 2017: Transmisión de datos requerido a la IAPAC para el portal de Sevilla																														
Junio 2017: Segundo borrador del plan																														
Octubre 2017: Tercer borrador del plan																														
Noviembre 2017: Finalización del documento del plan																														
Presentación al pleno del plan y publicación																														

¹ Redacción. Sanidad y farmacéuticos acuerdan fomentar el autodiagnósticos del VIH. Redacción Médica. 23 de noviembre de 2017; Política sanitara: Farmacia.

2. Presentación de la ciudad y análisis de partida



2.A.Presentación de la ciudad

Sevilla es uno de los parajes más vivos de la construcción histórica, geopolítica, socioeconómica y cultural del sur de España y de Europa. Como capital de Andalucía, una de las regiones más pobladas y extensas de la Unión Europea, es una ciudad que ha crecido sobre los cimientos de distintas civilizaciones, formas de pensamiento, vida y convivencia, en continua proyección hacia horizontes y escenarios de progreso, haciendo del río Guadalquivir su puerta hacia el mundo.

Sus épicos orígenes atribuidos a Hércules, la Isbilya visigoda y la Híspalis romana, preludieron la Sevilla que fue el epicentro del reino musulmán de Al-Andalus y posteriormente del Imperio español. Tras el descubrimiento de las Américas, Sevilla se convirtió en el Puerto de Indias que monopolizó el comercio en el nuevo mundo.

Más recientemente, la celebración de la Exposición Iberoamericana de 1929 y, a final del siglo, la Exposición Universal Expo 92, que conmemoraba el V centenario del descubrimiento de América, mostraron al mundo una ciudad renacida que sigue hoy su senda esencial en el siglo XXI, ofreciendo toda su trayectoria en cohesión con una ciudad y una sociedad en continua renovación, que fiel a su pasado avanza en el presente hacia su futuro.

Su casco antiguo, uno de los más grandes de toda Europa, y su emblemático y pintoresco barrio de Santa Cruz, son dignos representantes de la esencia antigua y presente de la ciudad.

Así como sus monumentos más representativos, entre los que se encuentran la Catedral y la Giralda, el Alcázar, el Archivo de Indias y la Torre del Oro, declarados Patrimonio de la Humanidad por la Unesco de forma conjunta en 1987.

Sevilla es la cuna de poetas y escritores que han dejado un grandísimo legado para toda la humanidad como Antonio Machado, Gustavo Adolfo Bécquer, Vicente Aleixandre, Luis Cernuda, Manuel Machado, Bartolomé De Las Casas.

La ciudad ha despertado en las diferentes épocas un gran interés del Romanticismo, la evocación de muchos artistas europeos, que ven en ella un lugar pintoresco y maravilloso para ambientar sus obras, como *La fuerza del destino*, *Carmen*, *El barbero de Sevilla*, *Don Giovanni* o *Las bodas de Fígaro*.

Foto 1. Río Guadalquivir de Sevilla.



2.B. Indicadores urbanos de la Ciudad

El término municipal de Sevilla ocupa una extensión de 141,31 km² y cuenta con una población de 690.566 (Instituto Nacional de Estadística, INE 2016), siendo la cuarta ciudad más poblada de España.

Sus habitantes tienen una media de edad de 42,61 años y la proporción entre 15 y 64 años es del 66,24%. El 4,5% de la población es extranjera. El porcentaje de población ocupada entre 20 y 64 años sobre la población activa es de 76,83%.

En la Tabla 1 se detallan otros indicadores clave del Proyecto Europeo Urban Audit.

Con respecto a la Comarca Metropolitana de Sevilla, esta se compone de Sevilla capital y otros 21 municipios limítrofes: Alcalá de Guadaíra, Almensilla, Bormujos, Camas, Castilleja de Guzmán, Castilleja de la Cuesta, Coria del Río, Dos Hermanas, Espartinas, Gelves, Gines, Isla Mayor, La Puebla del Río, La Rinconada, Mairena del Aljarafe, Palomares del Río, Salteras, San Juan de Aznalfarache, Santiponce, Tomares y Valencina de la Concepción. El total de la población de la comarca asciende a 1.219.205 (INE 2016), ocupando una extensión de 1.483,87 km² (Figura 3).

Figura 3. Mapa de la Comarca Metropolitana.



Fuente: Wikipedia.

Tabla 1. Proyecto Europeo Urban Audit, Indicadores urbanos. Año 2017.

Indicadores Urbanos	2016	2015	2014
Ciudad de Sevilla			
Población residente (Personas)	690.566	693.878	696.676
Proporción de población de 0-14 años (Porcentaje)	15,13	15,19	15,17
Proporción de población de 15-64 años (Porcentaje)	66,24	66,39	66,80
Proporción de población >65 años (Porcentaje)	18,63	18,42	18,03
Edad media de la población (años)	42,61	42,16	41,65
Proporción de hogares de una persona sobre el total de hogares (Porcentaje)	95,54	95,32	94,87
Número total de hogares (Número)	262.172	262.817	262.108
Tamaño medio de los hogares (Número)	2,65	2,65	2,64
Proporción de hogares de una persona sobre el total de hogares (Porcentaje)	25,95	26,06	25,92
Tasa bruta de natalidad (Tantos por mil de personas)	-	9,58	9,73
Tasa bruta de mortalidad (Tanto por mil de personas)	-	9,38	8,60
Tasa de desempleo (Porcentaje)	23,34	27,86	30,43
Proporción de ocupados entre 20-64 años sobre la población activa (Porcentaje)	76,83	72,11	69,65
Tasa de actividad (Porcentaje)	56,39	57,29	57,10
Superficie total (Km2)	-	57,29	-

Fuente: INE

2.C.Recursos del Sistema Sanitario Público

El Sistema Sanitario Público en la ciudad de Sevilla está compuesto por una oferta extensa de servicios sanitarios y una amplia cartera de servicios tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

Estos recursos son dependientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS), cuya misión es prestar atención sanitaria a la ciudadanía, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de las personas usuarias, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de recursos.

Los servicios sanitarios se desarrollan bajo el amparo de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía y del IV Plan Andaluz de Salud (3) 2013-2020, que establece como objetivo central reducir la desigualdad en salud y facilitar que las personas vivan más años y con más calidad y autonomía.

La organización de la Atención Primaria de Salud en la Provincia de Sevilla se establece en el Mapa Sanitario de Andalucía (4) en cuatro distritos (Distrito Sevilla, Sevilla Norte, Sevilla Sur, Área de Gestión Sanitaria de Osuna, Aljarafe).

La ciudad de Sevilla está gestionada por el Distrito de Atención Primaria Sevilla, compuesto por 31 centros de salud (CS), 3 consultorios y 1 consultorio auxiliar. La plantilla media de profesionales de este distrito (correspondiente al segundo trimestre de 2017) es de 602 facultativos, 78 especialistas internos residentes de medicina familiar y comunitaria y 485 profesionales de enfermería, así como otros profesionales sociosanitarios.

El Distrito cuenta también con un Dispositivo de Apoyo, que incluye la Unidad de Gestión de Salud Pública que tiene entre sus funciones la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, el análisis de resultados en salud y la implementación de los planes de prevención y promoción de salud en colaboración con las unidades de gestión clínica.

Los municipios de la comarca metropolitana de Sevilla pertenecen a los Distritos Sanitarios de Atención Primaria de Aljarafe, Sevilla Norte y el Área de Gestión Sanitaria (AGS) Sur de Sevilla (Tabla 2).

Tabla 2. Mapa Sanitario de la Comarca Metropolitana de Sevilla.

AGS/Distrito	ZBS	Municipio
Sur de Sevilla	Alcalá de Guadaira	Alcalá de Guadaira
	Dos Hermanas	Dos Hermanas
Aljarafe	Camas	Camas Castilleja de Guzmán Santiponce Valencina de la Concepción
	Castilleja de la Cuesta	Castilleja de la Cuesta Gines
	Coria del Río	Coria del Río Almensilla Isla Mayor La Puebla del Río
	Mairena del Aljarafe	Mairena del Aljarafe Palomares del Río
	Olivares	Salteras
	Sanlúcar la Mayor	
	San Juan de Aznalfarache	San Juan de Aznalfarache Gelves
	Tomares	Tomares Bormujos
Sevilla Norte	La Rinconada	La Rinconada

Fuente: Mapa sanitario de Andalucía.



La Atención Hospitalaria ofrece medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en Atención Primaria.

Por eso, debe trabajar en continuidad y estrecha coordinación con esta, que se está viendo reforzada a través de la Estrategia de Renovación de la Atención Primaria, como eje vertebrador de toda la atención sanitaria que presta el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

La ciudad de Sevilla cuenta con dos hospitales regionales (Hospital Virgen del Rocío y Hospital Virgen Macarena) y 1 hospital de especialidades (Hospital Virgen de Valme), que cubren las zonas centro y este, noroeste y sur del municipio.

En todos ellos, existe una unidad/servicio de enfermedades infecciosas donde se lleva a cabo el seguimiento y tratamiento de la mayoría de las personas diagnosticadas de infección por el VIH.

Desde el año 2010, el Plan Andaluz frente al VIH, el sida y otras ITS (PASIDA) (5), constituye el marco de referencia para el desarrollo de las estrategias y acciones dirigidas contra el VIH y otras ITS en el ámbito sanitario y comunitario de nuestra Comunidad Autónoma y, por ende, de Sevilla.

2.D.Estudio detallado de la situación epidemiológica

En 2016 se notificaron en el Distrito Sanitario de AP de Sevilla 68 nuevos diagnósticos de infección por el VIH, que se corresponden con una tasa de incidencia de 9,85 casos por 100.000 habitantes.

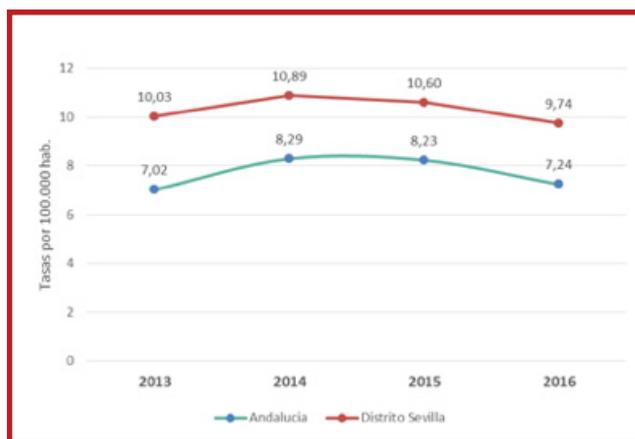
En la provincia de Sevilla los nuevos diagnósticos de VIH fueron 121, y la tasa de incidencia 6,24 casos por 100.000 habitantes. Estos datos indican que en la provincia de Sevilla la infección por el VIH se concentra especialmente en la ciudad.

En el conjunto de Andalucía se registraron 608 casos, siendo la tasa de incidencia 7,24 casos por 100.000 habitantes y, en lo que respecta a otras provincias andaluzas, Málaga (11,9), Almería (9,7), Cádiz (7,4) y Granada (6,6) presentaron tasas más elevadas que la de Sevilla.

En cuanto a la distribución por sexos, en el Distrito Sevilla el 91,2% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH correspondieron a hombres y el 8,8% a mujeres, mientras que en el total de Andalucía hubo un 86,3% en hombres y un 13,7% en mujeres.

Estos datos aún no están depurados por retraso de notificación (6). En la siguiente gráfica se muestra la evolución de las tasas de infección por el VIH en el Distrito Sevilla y en Andalucía, teniendo en cuenta que, en el año 2013, hubo una importante infra-notificación, debido a la puesta en marcha del registro SIVihDA, (Grafico 1).

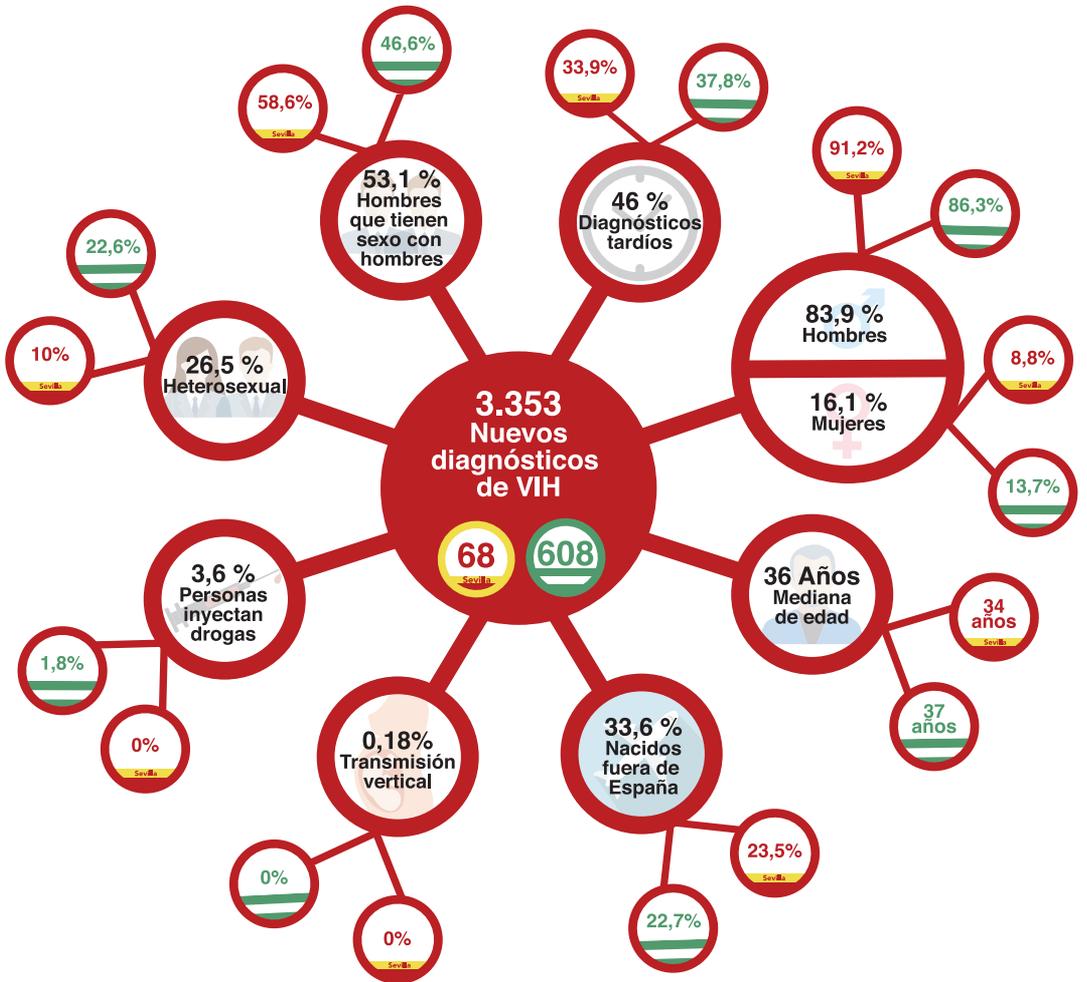
Grafico 1. Evolución de las tasas de infección por el VIH en el Distrito Sevilla y en Andalucía.



Fuente: SIVihDA.



Características de los nuevos diagnósticos de VIH en España, Andalucía y Sevilla. Año 2016.



Fuente: Spectrum 2016.

Fuente: SINVIH 2016.

La categoría de transmisión más frecuente entre los nuevos diagnósticos de VIH, tanto en el Distrito de AP de Sevilla, como en la Provincia en Andalucía, fue la de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) (6). En la siguiente tabla se expone la distribución por categorías de transmisión en los tres ámbitos geográficos (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por categorías de transmisión en Distrito Sevilla, Provincia Sevilla y Andalucía.

	HSH (%)	HTX (%)	PID (%)	TRANS (%)
Distrito Sevilla	58,61	0	0	0
Provincia Sevilla	56,1	14	1,6	0
Andalucía	48,8	18,1	1,8	0

HSH: Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres HTX: Heterosexuales; PID: Personas que se inyectan drogas; TRANS: Personas transexuales.

Fuente: SIVihDA

El 35,3% de las nuevas infecciones por el VIH notificadas en el Distrito de AP de Sevilla cumplieron la definición de diagnóstico tardío o retraso diagnóstico (cifra de linfocitos CD4+ en el momento del diagnóstico inferior a 350 células/ μ L), prevalencia más baja que la de la provincia de Sevilla (47,1%) y la de Andalucía (49,6%); lo cual pudiera estar justificado por la mayor prevalencia de nuevos diagnósticos en HSH en el Distrito Sevilla, ya que en esta población el porcentaje de diagnóstico tardío es sistemáticamente inferior al de los otros grupos de transmisión, debido a la mayor frecuencia con que estos se realizan el cribado del VIH.

En 2016 se notificaron en Sevilla 13 nuevos casos de sida (tasa de incidencia: 1,88 casos por 100.000 habitantes), mientras que en la provincia hubo 21 (0,88 por 100.000 habitantes) y en Andalucía 106 (1,26 por 100.000 habitantes) (6). En los tres ámbitos la tasa de sida continúa descendiendo.



En 2016 realizaron tratamiento antirretroviral (TAR) en tres de los hospitales del SAS de la ciudad de Sevilla 4.238 pacientes y en el resto de Andalucía 14.254 (18.492 en total), siendo la proporción de pacientes que tienen suprimida la replicación viral del 92,6% y del 95,2% en Sevilla y Andalucía, respectivamente. En la siguiente tabla se exponen los principales datos epidemiológicos y asistenciales de la infección por el VIH y el sida en el Distrito Sanitario de AP de Sevilla, Provincia de Sevilla, Andalucía (6) y España (7) (Tabla 4).

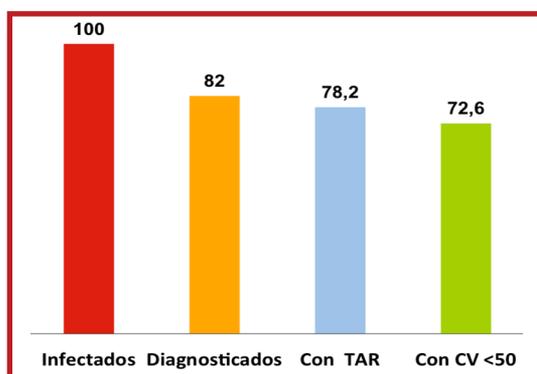
Tabla 4. Principales datos epidemiológicos y asistenciales de la infección por el VIH y el sida en el Distrito Sevilla, Provincia de Sevilla, Andalucía y España.

	Distrito Sevilla	Provincia Sevilla	Andalucía	España*
Número de nuevos diagnósticos de VIH	68	121	608	3353
Tasa de incidencia de VIH (por 100.000 h)	9,85	6,2	7,24	7,22
Razón hombres/mujeres	10,3	11,1	6,3	5,2/1
Nuevos casos de VIH en HSH (%)	58,6	56,1	48,8	53,1
Nuevos casos en jóvenes <30 años (%)	25	-	26	25,9
Diagnóstico tardío de VIH	35,3	47,1	49,6	46
Nuevos casos de sida	13	21	106	442
Tasa de sida (por 100.000 h)	1,88	0,88	1,26	1,2
Nº de PVVIH que realizan TAR	4.238	4.328	18.492	-
PVVIH en TAR con CV indetectable (%)	92,6	92,6	95,2	88

PVVIH: Personas que viven con el VIH. *No incluidos los datos de Cataluña ni los de la Comunidad Valenciana.

Para la realización de la cascada de la infección por el VIH de Sevilla, al no disponer de una estimación del número de personas que viven con el VIH y no están diagnosticadas (fracción de infección oculta) se ha utilizado el porcentaje estimado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el conjunto de España, el cual es del 18% (8). Con ello y con los datos notificados por las Unidades de Enfermedades Infecciosas de los tres hospitales del SAS de la ciudad de Sevilla (el 95,5% de las personas diagnosticadas realizan TAR y el 92,6% de éstas tienen la carga viral indetectable), la cascada de VIH es la que se enseña a continuación (Grafico 2).

Grafico 2. Cascada de VIH en la ciudad de Sevilla.



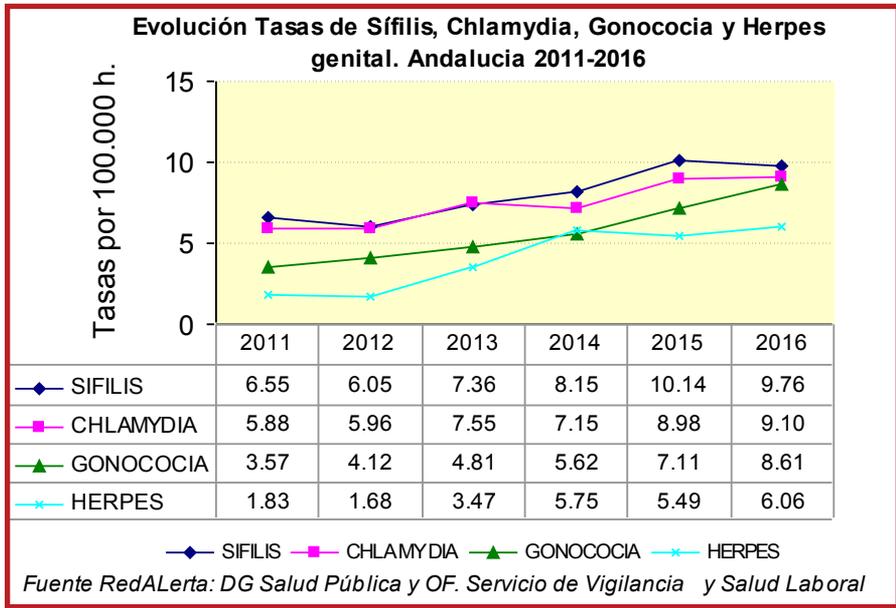
Fuente: Unidades de Enfermedades Infecciosas de los hospitales del SAS.

Así pues, el 72,6% del total de personas con infección por el VIH en Sevilla realizarían TAR y tendrían suprimida la replicación viral. Este porcentaje coincide prácticamente con el marcado por ONUSIDA como meta para Europa y Asia Central en 2020, que es del 73% (8).

En lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual (ITS), estas continúan aumentando de forma considerable en todos los ámbitos geográficos, incluidos el Distrito Sanitario de AP y la Provincia de Sevilla, la Comunidad Autónoma de Andalucía y España, de modo similar a lo que ocurre también en la Unión Europea, la Región Europea de la OMS y otros países como EEUU, Canadá y Australia.

La siguiente figura (Figura 4) muestra la evolución temporal de las tasas de incidencia total en Andalucía durante el periodo 2011–2016 (9).

Figura 4. Evolución de las tasas de Sífilis, Gonococia y Herpes Genital en Andalucía, 2011-2016.



En la tabla siguiente (Tabla 6) se muestran el número y la tasa por 100.000 habitantes, total y por sexo, de las principales ITS en el Distrito de AP de Sevilla y en Andalucía en el año 2016 (6).

Cabe destacar que existe una sustancial diferencia entre las tasas de incidencia de Sevilla y Andalucía, circunstancia que puede deberse a una importante infra-notificación de las ITS en algunas provincias, como Cádiz y Córdoba, a la disponibilidad de determinadas pruebas diagnósticas, así como a la existencia y rendimiento asistencial del Centro de ITS de Sevilla, cuyas declaraciones suponen el 19,4%, 58,4%, 40,6% y 34,8% de todas las notificaciones en Andalucía de sífilis, infecciones por chlamydia trachomatis, gonococia y herpes genital, respectivamente.

Tabla 6. Número y tasa por 100.000 habitantes, total y por sexo, de las principales ITS en Distrito Sevilla y en Andalucía en el año 2016.

ITS		Distrito Sevilla		Andalucía (6)	
		Nº casos	Tasa por 100.000 hab	Nº casos	Tasa por 100.000 hab
Sifilis	Total	208	33,2	819	9,8
	Hombres	229	60,1	740	17,8
	Mujeres	21	5,9	79	1,86
Chlamydia trachomatis	Total	288	41,7	763	9,1
	Hombres	208	60,2	467	11,2
	Mujeres	80	26,2	296	6,97
Gonococia	Total	247	25,4	722	8,6
	Hombres	213	61,4	614	14,8
	Mujeres	34	9,7	108	2,54
Herpes genital	Total	199	28,5	508	6,1
	Hombres	68	19,7	173	4,18
	Mujeres	131	37,3	335	7,88

Fuente: RedAlerta.

En los siguientes gráficos (Grafico 3, 4 y 5) se presenta la evolución de la incidencia de sífilis, gonococia y chlamydia trachomatis entre 2010 y 2016. En las tres ITS se ha producido un aumento muy pronunciado en las tasas con incrementos anuales muy por encima del conjunto de Andalucía.



Grafico 3. Evolución de la incidencia de sífilis entre 2010 y 2016.

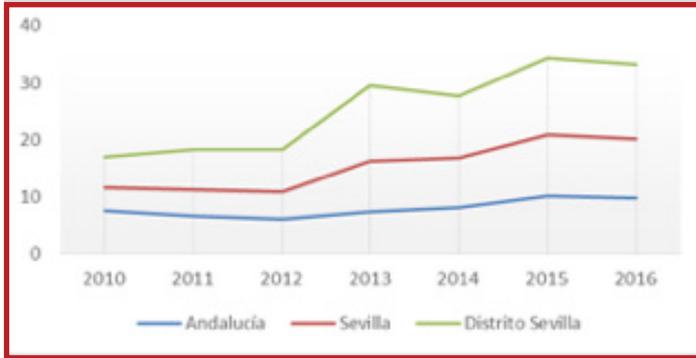


Grafico 4. Evolución de la incidencia de gonococia entre 2010 y 2016.

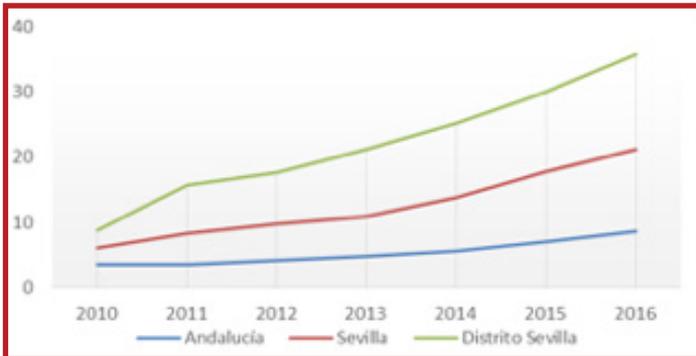
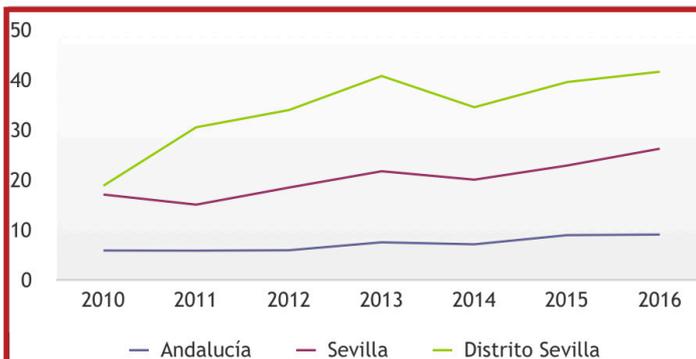


Grafico 5. Evolución de la incidencia de Chlamydia trachomatis entre 2010 y 2016.



Fuente: RedAlerta

2.E.Análisis de situación de las actuaciones frente al VIH

En Andalucía, más de 50 entidades colaboran con la Consejería de Salud, a través del PASIDA (5), en programas de diferente índole relacionados con la promoción, prevención y atención a las personas que viven con el VIH en diferentes etapas y circunstancias de su vida.

Desde su acción participativa en salud ofrecen un marco idóneo de trabajo para cubrir una demanda importante de control y apoyo desde una perspectiva de mediación entre los servicios socio-sanitarios y la ciudadanía. Especialmente relevante es el Programa de Detección Precoz de VIH en Ámbito Comunitario en la ciudad de Sevilla.

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

Este programa es ejecutado por entidades sociales y organizaciones no gubernamentales (ONGs) sevillanas en el ámbito comunitario.

Desde finales de 2009 han participado de manera ininterrumpida Adhara, Fundación Atenea, Médicos del Mundo y Fundación Triángulo y de forma puntual ATA, Antaris, Colega, MZC y Oblatas.

Hasta 2016, se han formado a 89 profesionales para la realización de esta actividad, se han distribuido 7942 pruebas de diagnóstico rápido, habiéndose realizado el 100% de las mismas.

Han resultado positivos 231 casos (2,8%), la mayoría de ellos hombres (95%), de los cuales se han confirmado el 89% y se ha realizado acompañamiento a los centros y servicios sanitarios públicos en el 84,4% de los casos (Tabla 7).



Tabla 7. Principales datos del “Programa de detección precoz” de la provincia de Sevilla por año.

	Pruebas entregadas	Pruebas realizadas	+ Hombres	+ Mujeres	+ Trans	Acompañamiento al SSPA	Profesionales formados
2010	825	866	27	0	0	17	10
2011	968	939	28	0	0	17	17
2012	875	889	30	2	0	27	9
2013	1300	1291	50	5	0	53	11
2014	1000	1092	28	1	0	27	-
2015	1075	1098	18	1	0	22	18
2016	1899	1846	39	2	0	32	24
Total	7942	8021	220	11	0	195	89
231							

Fuente: PASIDA. Consejería de Salud de Andalucía.

En 2016, se han utilizado 3 tipos de pruebas rápidas, complementarias entre sí, mediante las cuales, se han detectado 41 casos, lo que supone el 33,8% de todos los casos declarados en ese año en Sevilla (Tabla 8).

Tabla 8. Tipo de pruebas rápidas realizadas en 2016.

Tipo de prueba	Nº de pruebas en 2016	Financiación (adquisición, formación y distribución)
Insti Multiplex VIH+Sífilis (digitopunción)	170	Ayuntamiento de Sevilla
Determine Combo (digitopunción)	430	Consejería de Salud
Oraquick (fluido oral)	1.299	Consejería de Salud

Fuente: PASIDA. Consejería de Salud de Andalucía.

La realización del test de detección rápida en estos escenarios de acercamiento, según el PASIDA, tiene un coste directo medio de 187€ por caso detectado.

Así, el test de detección rápida en las condiciones en las que se está aplicando en Sevilla es coste efectivo; teniendo en cuenta que las personas diagnosticadas de infección por el VIH de forma precoz se benefician del TAR, por lo que evitan el desarrollo de sida y la transmisión a otras personas una vez iniciado el tratamiento.

A los costes derivados del abordaje de sida (atención sanitaria de las enfermedades propias del sida y mayor coste de los fármacos) habría que sumar los costes del tratamiento de las personas a las que estas habrían seguido infectando en sus prácticas sexuales al desconocer su condición de vectores de la infección, además de los costes sociales derivados de la incapacidad provocada por el sida y el sufrimiento generado a si mismas y a personas de su entorno.



Más allá de la detección precoz, las entidades también desarrollan actuaciones de prevención y atención relacionadas con el VIH y otras ITS en la ciudad de Sevilla, como Adhara, Antaris, Fundación Atenea, Caritas, Cruz Roja Sevilla, Federación Liberación, Fundación Triángulo, la Liga Española de la Educación y Cultura Popular, Médicos del Mundo y Proyecto Hombre.

Las actuaciones y los servicios prestados abarcan desde el ámbito de apoyo al colectivo de lesbianas, gays, bisexuales, personas transexuales e intersexuales (LGTBI) hasta la atención a población migrante con escasos recursos o en exclusión social, consumidores de drogas, incluyendo a las personas que se inyectan drogas (PID), personas en situación de prostitución y personas privadas de libertad (ANEXO II).

La coordinación y colaboración entre los servicios de salud y las entidades sociales abren posibilidades para una mayor difusión y mejora de las actividades que se organizan en torno a la prevención del VIH, incluyéndose la transmisión vertical en madres que viven con el VIH, mediante la información directa, la educación y promoción de buenos hábitos, actuaciones preventivas y de reducción de daños y disminución de riesgos en las prácticas sexuales.

Así mismo, permiten aliviar el peso y el sufrimiento del estigma social y de la discriminación que afecta a diario a las personas que viven con el VIH (serofobia) y/o de aquellas que están más expuestas a infecciones de transmisión sexual.

A estas actividades, se suman la atención a parejas serodiscordantes, el counselling y el acompañamiento frente a la exposición de riesgo, la atención y el apoyo psicológico a mujeres en situación de prostitución y trata con fines de explotación sexual y a personas con escasos recursos y/o en situación de exclusión social (Médicos del Mundo y Fundación Atenea).

La participación de estas entidades y ONGs se traduce además en la implementación de diferentes actividades comunitarias con mucho calado en la ciudad, como la Semana Europea de la Prueba del VIH, el Día Internacional del Orgullo LGTB, el Día Mundial del Sida y el Festival de Cine Andalesgai.

A todo ello se suma una discreta elaboración de revistas (Revistas MJ y LSBI) editadas a nivel estatal dirigidas a jóvenes LGBTI y mujeres lesbianas, además de folletos informativos, carteles y reparto de material preventivo (Fundación Triángulo).

Otra labor de mucha importancia es la educativa. En ese ámbito destacar el papel del Cibereducador a través de redes sociales y la Educación de Pares en contextos hospitalarios y comunitarios (Adhara); este proyecto educativo tiene como fin apoyar y sensibilizar, mediante charlas y coloquios en los centros docentes de Primaria, Secundaria y en la Universidad, sobre temas LGTBI como discriminación, bullying, estigma, homofobia y transexualidad (Fundación Triángulo), la formación de agentes de salud en prevención de VIH y otras ITS dirigida a consumidores de drogas en contextos de exclusión social (Fundación Atenea), la educación afectivo-sexual dirigida a jóvenes y adolescentes (La Liga Española de la Educación y La Cultura Popular y Antaris), etc.

La mejora de la calidad de vida y disminución de la vulnerabilidad psicofísica de las personas atendidas son objetivos compartidos por la mayoría de las entidades y ONGs de Sevilla que, además, tienen el mérito de promover una gran labor de voluntariado, el desarrollo de programas de cooperación internacional y estudios de investigación de inestimable valor para el conjunto de la sociedad.

A todas estas actividades, se suman la Universidad de Sevilla (US), que participa activamente en la Semana Europea de la Prueba del VIH y diferentes campañas de sensibilización (Día Mundial del sida y Universidad Enamorada).



Además, la US desarrolla diferentes actividades encaminadas a la prevención de ITS y dotación de información relacionada, así como de sexualidad y afectividad positiva entre la población joven universitaria, el personal de administración, de servicios, docente e investigador.

Bajo este prisma se llevan a cabo acciones entre las que destacan la realización de cursos de salud y bienestar, de mediación en educación afectivo-sexual y otros proyectos de intervención en centros universitarios. Todo ello, en base a un Convenio suscrito entre la propia Universidad (Servicio de Asistencia a la Comunidad Universitaria) y el Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla.

Además de estas actuaciones, realizadas por el Servicio Municipal de Salud en el ámbito universitario, desde el mismo Servicio se llevan a cabo programas de Educación Sexual con la población general, destinados a todos los grupos etarios enmarcados en el Plan Municipal de Salud, contemplándose actuaciones desde el marco educativo, comunitario y asociativo, con el fin de promocionar la salud sexual y teniendo como estrategia la educación afectivo–sexual.

Se adopta de un enfoque holístico aplicado al estudio de necesidades, planificación, implementación y evaluación de programas educativos para llegar en forma eficiente a todos los grupos poblacionales. Los Centros de Salud desarrollan actividades de promoción de salud a través del programa Forma Joven que se desarrolla en los institutos de Secundaria de Sevilla y en otros espacios no escolares donde se atienden a jóvenes. Además, en consultas sanitarias específicas se ofrece consejo educativo para vivir la sexualidad de forma segura, sana y placentera.

Los contenidos de esta educación sexual están enmarcados dentro del enfoque de derechos humanos y desde la perspectiva de la salud, siguiendo los siguientes parámetros:

- Perspectiva de género.
- Respeto a la diversidad sexo-afectiva.
- Especificidad cultural y contexto social.
- Prevención de la violencia sexual.

El acercamiento del programa a la población diana se realiza con diferentes herramientas y técnicas según la población.

Así, a los centros docentes de educación infantil , primaria y secundaria se realiza la oferta de los programas de promoción de la salud, a través del Cuaderno de EpS del Marco Educativo y previa visita de los y las profesionales de salud de las Unidades de Promoción de la Salud ubicadas en cada distrito. Estos y estas profesionales serán a su vez responsables de la oferta de los programas a entidades y asociaciones de su territorio.

Desde este Servicio además, se incluye la elaboración y edición de material didáctico propio, la adquisición de material preventivo, la formación a profesionales del ámbito social, la creación de campañas de sensibilización y la presentación y participación en jornadas, congresos y otros eventos relacionados con la educación afectivo–sexual.

Todas estas actuaciones se enmarcarán en un Plan de Acción de Salud Sexual, que está actualmente en proceso de elaboración.

Por tanto, los programas de educación para la sexualidad desde Promoción de Salud constituyen un elemento esencial para la prevención del VIH, de ITS, de embarazos no planificados, de relaciones no consentidas o sin protección y libre de coerciones.



3.Misión, Visión y Objetivos



El Comité Fast-Track en Sevilla está constituido por profesionales del Ayuntamiento de Sevilla, la Consejería de Salud, la Delegación territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, Adhara Centro Comunitario de VIH y sida y otras ITS, la Fundación Atenea, la Fundación Triángulo, Médicos del Mundo, la Universidad de Sevilla y de los Distritos de Atención Primaria Sevilla y Costa del Sol.

El PlanFTS ha sido elaborado con el consenso y la colaboración del Comité, formado por personas expertas en diferentes disciplinas: la prevención, la asistencia clínica, la vigilancia epidemiológica, la labor social, la investigación, la psicología, la sexología, el derecho y la promoción de la salud, todas implicadas directa o indirectamente en la respuesta frente al VIH.

Para su redacción se ha partido del documento de referencias de orientaciones terminológicas editado por ONUSIDA y, teniendo en cuenta la perspectiva local, se ha adaptado el Plan a un lenguaje apropiado. El lenguaje puede determinar creencias e influir sobre el comportamiento. Por ello, la utilización de una correcta terminología fortalece el marco ético alrededor de la defensa y promoción de los derechos humanos en la respuesta al VIH (10).

Misión

Establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para la ciudad de Sevilla, que permitan orientar la puesta en marcha de acciones locales que potencien la prevención del VIH y otras ITS y que mejoren la calidad de vida de las personas que viven con VIH, dirigidas a la consecución de los objetivos contemplados en la Declaración de París, desde un conocimiento profundo y explícito de la realidad local, para dar respuesta al VIH.

Visión

Trabajar conjuntamente con todos los agentes locales implicados en la respuesta a la epidemia de VIH en la ciudad, sobre la base de unos principios rectores de equidad y accesibilidad, perspectiva de género, enfoque intersectorial, compromiso con la ciudad, participación ciudadana y social, evidencia científica e innovación.

A. Objetivos generales en la ciudad de Sevilla para el año 2030

- Detener la transmisión del VIH y poner fin a la epidemia del sida.
- Erradicar el estigma y la marginación asociada con el VIH y sida, así como otras discriminaciones derivadas.



B. Objetivos específicos en la ciudad de Sevilla para el año 2020

- Reducir progresivamente el número de nuevas infecciones por el VIH.
- Reducir el retraso diagnóstico de las nuevas infecciones por VIH.
- Lograr que más del 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico.
- Lograr que más del 90% de quienes conocen su estado serológico positivo sigan un tratamiento antirretroviral adecuado y continuado.
- Suprimir la carga viral de más del 90% de las personas en tratamiento, para que se mantengan sanas y se reduzca el riesgo de transmisión del VIH.
- Acelerar la disminución a cero del estigma y discriminación derivada del VIH, el sida y la LGTBI-fobia.

En consonancia con las estrategias y planes mundiales de salud clave de la OMS (11-12) y a la Declaración de París, el PlanFTS tiene en cuenta la importancia de las coinfecciones del VIH como la TBC, las hepatitis u otras ITS. Estas, se asocian a comportamientos de riesgo que son comunes al VIH y son un indicador del riesgo de otras infecciones.

Los grupos clave en la prevención del VIH son también los más vulnerables a la coinfección, por tanto, en la definición del conjunto de las líneas estratégicas, objetivos, recomendaciones y acciones del Plan, se incorpora un enfoque hacia todas ellas.

4.Principios rectores



Perspectiva de equidad y accesibilidad en salud

Son valores subyacentes y forman parte de los principios básicos de nuestra sociedad. Se refieren a garantizar la oferta y el acceso de la personas a los servicios y recursos disponibles tomando en cuenta los determinantes sociales de salud y los activos en salud (13-14). Este enfoque ayuda a conocer la realidad local, analizando varias dimensiones de la salud además de la morbilidad y mortalidad, como vulnerabilidad, percepciones de salud, conductas ante problemas de salud, accesibilidad a los servicios, calidad asistencial, diversidad funcional, consecuencias sociales y económicas. El PlanFTS integra esta perspectiva para incrementar los esfuerzos hacia quienes tengan mayores necesidades y adaptar las formas de intervenir, para facilitar la oferta y mejorar el acceso a quienes más lo necesiten.

Perspectiva de género

El género se constituye como un determinante social y una categoría que estratifica y condiciona a las personas a lo largo de toda su vida, creando desigualdades innecesarias, evitables e injustas (15). Uno de los principales ámbitos sobre los que actúan las desigualdades de género es sobre la salud y la calidad de vida de las personas. El PlanFTS incorpora la perspectiva de género como categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad ante diferentes factores de riesgo y supera el dualismo hombre y mujer introduciendo una visión más amplia e inclusiva hacia las personas con diferentes expresiones e identidades sexuales y de género, respetando las diversas opciones referentes a la propia identidad, a la genitalidad y a la orientación del deseo sexual.

Enfoque intersectorial y de alianzas

La salud no sólo está determinada por las políticas del sector de salud, sino que se beneficia de las aportaciones de otros sectores (sociales, culturales, institucionales, etc.). Por ello, es necesario trabajar con enfoque intersectorial, respetar y fomentar la salud, integrándola en todas las políticas. Una alianza en salud es un acuerdo entre dos o más organizaciones que se comprometen a colaborar en determinadas actividades con el fin de alcanzar unos objetivos pactados de salud. El PlanFTS asume el reto de promover y generar alianzas estratégicas para fomentar un modelo de salud centrado en la promoción y prevención, libre de estigmas y discriminación.

Participación ciudadana y social

Las personas constituyen la razón de ser de todas las sociedades desarrolladas, siendo su recurso más valioso, individualmente y organizadas en redes. En el ámbito del PlanFTS, las personas son un agente activo, gestor y generador de su salud y un valioso aliado para la consecución de retos en salud. El PlanFTS contempla las condiciones y los mecanismos necesarios para que, tanto personas como profesionales de todos los ámbitos implicados en la respuesta al VIH, puedan expresar sus puntos de vista y participar en el desarrollo del Plan, desde la fase de diseño y durante la ejecución y evaluación (16).



Compromiso con la ciudad

La mayor parte de las intervenciones sobre los factores determinantes de los problemas de salud, así como aquellas destinadas a garantizar la equidad, requieren de la actuación comprometida de todos los agentes implicados. El valor del compromiso es lo que transforma una promesa en realidad. El PlanFTS cuenta con un fuerte apoyo institucional por parte del Ayuntamiento de Sevilla y local por parte de las entidades sociales y las universidades, aspirando a conseguir y mantener una fuerte implicación de las personas que habitan la ciudad de Sevilla, como esencia de la proactividad.

Evidencia científica e innovación

La capacidad de innovar y mejorar para lograr la excelencia es imprescindible en una sociedad de alto valor. Además, permite garantizar el futuro de toda estrategia de impacto en salud, especialmente a nivel local. Esta dimensión alude a la renovación del mensaje preventivo, a la información sobre las nuevas oportunidades de prevención y las pruebas para diagnosticar el VIH, al tratamiento y su eficacia, a la atención integral de las personas que viven con el VIH y el control de las otras ITS. El PlanFTS, incorpora este enfoque, apoyándose en las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (redes sociales, aplicaciones móviles, sitios webs), se adapta a las nuevas necesidades y se alimenta de la evidencia científica más actualizada para cumplir con las expectativas sociales en la prevención del VIH (17).

5.Ejes de acción y descripción de la población diana



En la respuesta ante el VIH persisten grandes inequidades y determinados grupos poblacionales no se benefician de todos los recursos del sistema para el cuidado de su salud. Existen grupos clave de población respecto a la dinámica de la epidemia que son más vulnerables a las infecciones, entre ellas al VIH, debido a sus circunstancias sociales.

De hecho, muchas de las personas que llevan a cabo comportamientos que conllevan una mayor exposición a la infección por el VIH, son personas con mayor dificultad de acceso a los servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH, por motivos sociales.

Con el fin de abordar desde una perspectiva conjunta las acciones frente al VIH y las ITS, se ha utilizado una metodología en la que se describen tres ejes de acción (Figura 5) (18). Cada eje se dirige a un grupo determinado de población.

La subdivisión en ejes se ha realizado según criterios de prevalencia y riesgo de exposición en el ámbito local. Su finalidad es favorecer acciones acordes a la realidad local, en función de las posibles barreras e impedimentos para conseguir los objetivos propuestos en cada eje.

Figura 5. Ejes de acción del PlanFTS.



Fuente: Elaboración propia.

5.A.Eje de acción 1: Población general

Toda la población debe ser consciente de que, a pesar de los avances conseguidos en el tratamiento y en los cuidados, el VIH y las ITS siguen constituyendo un problema de salud pública. Conseguir un elevado nivel de conocimientos sobre el VIH en la población general es crucial para prevenir las nuevas infecciones y para crear el mejor entorno posible para las personas que viven con el VIH.

Para ello, es importante abordar los aspectos relacionados con la promoción de la salud, mediante la realización de acciones periódicas de sensibilización e información, educación sexual, conocimiento de los riesgos y adopción de medidas preventivas eficaces desde un modelo que integre perspectiva de género. Así mismo, es necesario superar la dicotomía de la existencia de sólo dos sexos, clasificados únicamente en base a características biológicas y genitales, coincidentes con el sexo sentido.

Esta circunstancia crea un problema significativo en algunas personas cuyos cuerpos no encajan en esa “norma”. Bajo la influencia de esta dicotomía se va configurando la personalidad y, dentro de ésta, dos de sus aspectos centrales: identidad y sexualidad (19).

Mujeres en relaciones heterosexuales

Dentro de la población general, las mujeres en relaciones heterosexuales son más vulnerables a la infección por el VIH y a las otras ITS que los hombres, debido a factores biológicos, socioeconómicos y culturales, a las desigualdades y al impacto de la violencia de género en sus diferentes expresiones. De hecho, uno de los principales ámbitos sobre los que actúan las desigualdades de género es sobre la salud y la calidad de vida de las personas.



Dentro de los factores determinantes de la salud, el sistema de género es usado para justificar la discriminación por sexo y por prácticas sexuales, al dar lugar a concepciones sociales y culturales sobre la masculinidad y feminidad, conformándose multitud de estereotipos sexistas, contribuyendo a las diferencias en la exposición y a la vulnerabilidad a factores de riesgo (15).

Según los datos epidemiológicos de Andalucía de 2016, las mujeres aumentaron en su edad media al diagnóstico de sida pasando de 39 a 46 años con respecto al 2015, hecho relacionado con la mejora en el tratamiento y seguimiento de las personas con infección por el VIH. Sin embargo, la razón hombre/mujer de nuevos diagnósticos por el VIH fue de 1 diagnóstico en mujeres por cada 6 en hombres y la mediana de edad al diagnóstico fue 42 años, más alta que en los hombres (36 años).

El retraso diagnóstico en las mujeres fue superior al de los hombres (43,4 % frente a 36,9 % en los casos donde se cumplimentó la cifra de CD4 al diagnóstico), lo que sugiere que existe menor sospecha diagnóstica en las mujeres y por tanto se diagnostican más tardíamente o que hay menor concienciación para acudir a los servicios sanitarios para su diagnóstico. También se dio la circunstancia, que casi la mitad de las mujeres diagnosticadas en el año fueron de país origen diferente a España, procedentes de Europa del Este y Latinoamérica en su mayoría (5).

Por todo ello, no puede subestimarse el posible infra-diagnóstico que sufren las mujeres en virtud de su situación de desventaja social que, entre otras, puede limitar la demanda de pruebas diagnósticas y mermar sus específicas necesidades de salud. Las campañas de sensibilización, información de VIH y otras ITS y la oferta de pruebas rápidas, el consejo, entre otras estrategias dirigidas a la población sexualmente activa, han de tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres en su propio contexto socio-económico de partida a nivel local.

Jóvenes y adolescentes

En la provincia de Sevilla, en el año 2016, uno de cada tres nuevos casos de infección por el VIH fue en jóvenes menores de 30 años. Por ello, este subgrupo de población continúa estando en el centro de atención en términos de transmisión, vulnerabilidad, impacto y, sobre todo, potencial para cambiar las actitudes y los comportamientos que están en la base de la transmisión, teniendo en cuenta la escasa influencia del sistema sanitario sobre estos grupos de edad, en relación a los conocimientos y la percepción del riesgo en las prácticas sexuales (20).

La adolescencia es un período único de desarrollo que se asocia a conductas de mayor riesgo y deseo de autonomía (21). El riesgo de contraer una ITS es multifactorial dependiendo de la probabilidad de tener múltiples parejas sexuales, menor uso del preservativo o uso inconstante, sexo sin protección, no estar concienciado/a en la posibilidad de infectarse, susceptibilidad de las adolescentes a la infección, parejas sexuales mayores, problemas de salud mental y abuso de sustancias, que se asocian a un menor uso de los servicios asistenciales y de prevención de las ITS. Una parte importante de esta población no percibe el riesgo de la posible infección y desarrolla conductas que aumentan su exposición al VIH y otras ITS al no tomar medidas adecuadas de prevención o manteniendo relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias que favorecen las prácticas sin protección (22).

Por todo ello, jóvenes y adolescentes necesitan de acciones preventivas adaptadas a sus diferentes fases de desarrollo, priorizando el entorno educativo a lo largo de todas las etapas y el tejido asociativo. El objetivo es involucrar, movilizar y empoderar a los y las jóvenes para que prevengan de forma activa la infección por el VIH y otras ITS.



La ciudad de Sevilla es un polo universitario puntero en muchas disciplinas y representa uno de los destinos de intercambio más solicitados a nivel europeo. De hecho, en el año 2015/2016 acogió a más de 7.000 estudiantes de más de 30 países de origen.

Se trata de una población joven que comparte, en muchos casos, las mismas problemáticas y los mismos comportamientos de riesgo, lo que los convierte en un objetivo ideal para beneficiarse de las acciones planificadas (23). Por ello, las actuaciones en este ámbito incluyen al colectivo de estudiantes de intercambio universitario (Proyecto Erasmus, Leonardo, Séneca etc.).

Finalmente, hay que destacar cómo la gente joven, especialmente hombres y mujeres homosexuales, intersexuales y transexuales, se enfrentan a distintas problemáticas en sus diferentes etapas de desarrollo infantil y adolescente, tanto en el ámbito educativo como familiar.

Para atajar esto, es necesario el fomento de programas de atención a la diversidad sexual y la identidad de género, la realización de campañas de sensibilización para crear una conciencia ciudadana inclusiva.

5.B.Eje de acción 2: Grupos de población que son clave en la epidemia

Entre las personas sexualmente activas, con mayor riesgo de exposición al VIH y otras ITS, el PlanFTS pone el foco en los hombres que tienen sexo con hombres, la población procedente de países de alta prevalencia, personas que se inyectan drogas y consumidoras de drogas, personas en situación de prostitución, así como las parejas sexuales de todas ellas. Las acciones específicas deben adaptarse a la idiosincrasia de los comportamientos de riesgo más frecuentes en cada grupo, haciendo especial hincapié en el aumento de la percepción del riesgo a través de acciones de sensibilización, información y motivación e impulsando medidas de prevención adecuadas a estos grupos clave en su entorno.

Hombres que tienen sexo con hombres

Los HSH son un grupo clave en la epidemia, con alto riesgo de contraer el VIH y otras ITS. El 58,6% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2016 en la ciudad de Sevilla son HSH. Actualmente, los cambios en los estilos de vida, en las relaciones sociales y en las prácticas sexuales de las personas HSH están influenciados fuertemente por la difusión del uso de las aplicaciones de citas por móvil y por web, la organización de eventos de reivindicación y ocio cada vez más populares, la consolidación de diferentes destinos vacacionales que consiguen movilizar a un gran número de personas HSH o por la moda del chemsex¹.

El término chemsex surge de la expresión chemical sex, sexo químico, es decir el uso combinado de drogas estimulantes para poder prolongar la capacidad de mantener relaciones sexuales, sobre todo por parte de los HSH, que con frecuencia implica el sexo sin protección con múltiples parejas o grupales (24).

¹ Gomar I. 'Chemsex', mucho más que sexo con droga. El País. 24 de septiembre de 2017; Política: Actualidad.



En estas personas, el enfoque debe dirigirse hacia una prevención combinada, que utilice todas las herramientas disponibles y que han demostrado eficacia en la disminución de las transmisiones de VIH.

Entre ellas cabe destacar la salud sexual y la promoción del bienestar sexual y emocional, la disponibilidad y acceso al preservativo y lubricantes, acceso regular a pruebas de detección precoz, los cuidados, el autotest y el conocimiento de la profilaxis pre-exposición (PreP), cuya implementación y viabilidad están aún en fase de estudio por el Plan Nacional sobre el Sida¹, garantizar buenos sistemas de derivación y seguimiento médicos de las personas reactivas, así como campañas informativas actualizadas dirigidas focalmente a aquellos grupos con una mayor incidencia.

En 2005, la aprobación del matrimonio homosexual convirtió España en el cuarto país del mundo en reconocer este derecho, un paso más para “construir un país más decente, porque una sociedad decente es la que no humilla a sus miembros”². Sin embargo, persisten resquicios de discriminación relacionada con la sexualidad y la orientación sexual.

Es prioritario contribuir al empoderamiento de las personas frente al miedo y al rechazo, así como dar respuesta a la homofobia a nivel local y en todos los sectores que puede afectar a los HSH (25). Por todo ello, los HSH, al igual que las demás personas del grupo LGTBI, deben seguir beneficiándose de acciones inclusivas y de normalización en todos los sectores y en las diferentes etapas de la vida y desarrollo.

¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional sobre el Sida [Internet]. Madrid; MSSSI. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>

² Redacción. El Congreso aprueba la ley del matrimonio homosexual. El País. 30 de junio de 2005; Sociedad: Actualidad. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2005/06/30/actualidad/1120082402_850215.html

Personas Transexuales

Las personas transexuales presentan una particular vulnerabilidad por las prácticas sexuales, por los factores socioeconómicos y culturales y, además, por la transfobia vivida. Esta vulnerabilidad se ve incrementada, en el caso de las personas transexuales en situación de prostitución y/o en situación administrativa irregular, por sus problemas de inserción social y laboral (18).

Se calcula que, en prostitución, la prevalencia de infección por el VIH en las personas trans es la más alta, situándose entre el 20-27 % y que las mujeres transexuales tienen casi 50 veces más probabilidades de adquirir el VIH que la población general (26). Por todo ello, las mujeres transexuales en prostitución y extranjeras, se consideran un grupo clave en la epidemia, puesto que la prostitución está altamente estigmatizada en muchas sociedades (27).

Es necesario conseguir un conocimiento realista y de la transexualidad, su normalización social, y el respeto a la diversidad de la expresión y la identidad de género. Prevenir la exclusión social de las personas transexuales y facilitar su atención e inclusión social. Además, es importante adaptar el mensaje de prevención del VIH en este grupo de personas, teniendo en cuenta su identidad, la realidad de su cuerpo, sus vivencias y sus experiencias sexuales. A tal efecto, la participación activa de las personas transexuales en esa labor de adaptación resulta crucial, así como la capacitación de profesionales sobre cómo proporcionar atención adecuada a estas personas y sobre las posibles interacciones entre el tratamiento antirretroviral y los tratamientos hormonales (28).

En las personas transexuales en situación de prostitución y seropositivas, la falta de adherencia al tratamiento y seguimiento hospitalario se ven agravados, en muchos casos, por los problemas de adicción o, al tratarse de personas itinerantes, por la dificultad añadida para acceder al tratamiento y a los servicios hospitalarios o para recoger su medicación. El trabajo de apoyo y asesoramiento a estas personas pasa por superar la discriminación social y promocionar estrategias combinadas de prevención y diagnóstico precoz, asesoramiento en cuestiones legales para el acceso al sistema público de salud y de regularización para las personas inmigrantes.



Personas en situación de prostitución

Las personas en situación de prostitución figuran entre las poblaciones más afectadas de VIH desde el comienzo de la epidemia hace más de 30 años. Hoy en día, aunque la mayoría de ellas suelen manifestar un uso elevado del preservativo, la estigmatización, la falta de ingresos y la naturaleza de esta actividad les dificulta el acceso a servicios de salud adecuados.

En algunos casos, el consumo de alcohol y de drogas puede aumentar su vulnerabilidad. Además, frecuentemente estas personas sufren marginación social y las consecuencias de la criminalización de su entorno, lo que incrementa la desprotección; especialmente en el caso de víctimas del delito de trata con fines de explotación sexual (29).

Los estudios epidemiológicos europeos muestran que la prevalencia de VIH es elevada sobre todo en las personas que, además, se inyectan drogas, que corren un alto riesgo al compartir las jeringuillas, y en las mujeres en situación de prostitución procedentes de países donde el VIH es altamente endémico (30).

Otro grupo de población clave son los hombres en situación de prostitución, fundamentalmente HSH, que presentan una tasa de prevalencia muy por encima de la media de los HSH, aunque inferior sólo a la de las personas transexuales (31), con una tendencia al alza en los últimos años. Cabe destacar, en ese sentido, la diferencia existente con la prostitución femenina cuya prevalencia es del 0,9%. Debido a la estigmatización y la invisibilidad de los hombres en situación de prostitución, es bastante probable que las tasas puedan ser mayores, ya que muchos no son identificados como tales (32).

Tanto las mujeres como los hombres en situación de prostitución pueden ser víctimas de la violencia a causa de la estigmatización asociada a la criminalización aún frecuente en muchos entornos, o a la discriminación basada en el género, la etnia, el estado serológico, el consumo de drogas y otros factores.

Por ello, abordar la violencia contra las personas en situación de prostitución es una de las necesidades más urgentes de este colectivo social. A ello, se suma la necesidad de insistir en la promoción del uso del preservativo y lubricantes, ofertas de pruebas de detección rápida, facilitar la accesibilidad a servicios clínicos y de apoyo, como eje de las intervenciones de prevención, tratamiento y atención.

Así como en los servicios destinados a la salud sexual y reproductiva, la reducción de daños para las que se inyectan drogas, los cuidados post-agresión y los de salud mental (33).



Personas inmigrantes

Las personas inmigrantes son otro grupo prioritario para dar respuesta a la epidemia de VIH. En España, así como en otros países con altos ingresos, la prevalencia del VIH entre inmigrantes es mayor que en la población general (34). En estos casos, las necesidades específicas relacionadas con el VIH se ven agravadas por las barreras estructurales, culturales, socioeconómicas e idiomáticas. Se reconoce que las desigualdades en salud, incluidas las de la condición de migrante, deben ser controladas con el fin de dar visibilidad a estos problemas y desarrollar respuestas. De hecho, la exclusión social, en muchos casos, subyace y agrava esta situación siendo un proceso que afecta de forma cambiante a las personas y que no es exclusiva de un colectivo (34-35).

En España, la mayor parte de la población inmigrante proviene de Latinoamérica, que tiene prevalencias de VIH similares a la española, así como, en menor porcentaje, de otras regiones de alta endemia, como África subsahariana y Europa del Este.

En 2016, el 33,7% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas de otros países, manteniéndose estable esa tendencia. Tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (16,6%). Cabe destacar que, en el caso de las mujeres, el 57,9% de los casos de los nuevos diagnósticos se dieron en inmigrantes (31).

La población inmigrante afectada por la epidemia de VIH en España es una población heterogénea, que suele ser más joven, con mayor predominio de mujeres y que se infecta más por vía heterosexual en comparación con los autóctonos.

La infección se diagnostica más tarde, el inicio del TAR se produce igual que en los diagnósticos de personas autóctonas, sin embargo, la pérdida de seguimiento es mayor, sobre todo en las mujeres (34-35). Por todo ello, se necesitan intervenciones adaptadas al diferente contexto de partida y específicas por cada subpoblación de inmigrantes seleccionada.

Personas consumidoras de drogas

Tras la década de los 80, que contempló la traumática y abrupta difusión de la epidemia en las personas que se inyectaban drogas, y la década posterior en la que se generalizaron los programas preventivos ligados a las políticas de reducción de daños hasta la actualidad, son visibles los efectos de dichas intervenciones. El número de nuevas infecciones ha disminuido considerablemente en España y en 2016 no se ha dado ninguna nueva infección en Sevilla en estas personas. Sin embargo, persiste un elevado retraso diagnóstico por diversos factores asociados al consumo y la situación de exclusión vivida que dificulta un seguimiento sanitario adecuado (31).

En la actualidad el consumo de drogas inyectado ha sido sustituido por la inhalación en la mayoría de los casos y apenas existen personas que se inician en el consumo inyectado (PID). Además, crece el número de personas consumidoras de drogas, tanto en contextos de exclusión social como en ambientes HSH y en la población general, entre quienes se dan prácticas sexuales con mayor riesgo de exposición al VIH (24).

La percepción de riesgo ante la infección por el VIH en las prácticas sexuales, es menor en ambientes de consumo de drogas y exclusión social, que en lo referente al uso individual de equipos de inyección.



Las prácticas sexuales y muchas de las relaciones de pareja que se establecen, se dan en un contexto de necesidad y dependencia, ya sea económica y/o emocional, además de darse bajo los efectos de las sustancias, lo cual dificulta el uso de métodos de barrera u otras estrategias que minimicen los riesgos de exposición al VIH (31).

Hay factores sociales y económicos que limitan el acceso de las personas que se inyectan drogas a los servicios de prevención y tratamiento de infección por el VIH.

Una parte importante de las personas consumidoras en situación de exclusión social carecen de residencia y lugares seguros donde depositar sus pertenencias, tienen dificultades para acceder a los recursos específicos para personas sin hogar relacionadas directamente con la incompatibilidad entre sus hábitos de consumo, los requisitos de los recursos y la ubicación de los mismos, entre otras (36).

El estigma y el rechazo entre las propias personas consumidoras y, sobre todo, entre los vendedores de droga, lleva a la ocultación de la infección y a la negación de la misma, conllevando graves riesgos en la propia salud y la de otras personas. Por todo ello, es fundamental fomentar el diagnóstico precoz en esta población y, así mismo, abordar el estigma y la discriminación asociados al consumo de sustancias.

5.C.Eje de acción 3: Personas que viven con el VIH

Toda persona con infección por el VIH u otras ITS debe beneficiarse de un tratamiento precoz y adecuado para reducir la capacidad de transmisión y, en el caso de la infección por el VIH, controlar la infección en términos de carga viral y mejorar su calidad de vida. Además, hay que proteger las parejas o contactos sexuales evitando la transmisión de la infección mediante la notificación responsable y la adopción consiguiente de medidas preventivas (20).

En 2016, entre las personas atendidas en el ámbito hospitalario del sistema sanitario español y que habían mantenido relaciones sexuales en los 12 meses previos, cerca del 26% no usó preservativo. Además, cuando el estado VIH de la pareja era negativo o desconocido no se empleó el preservativo en el 18,5% de los casos. El 10% de las personas habían sido diagnosticadas de alguna ITS en el último año, lo cual indica prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH (37).

Las intervenciones de prevención dirigidas a las personas con VIH en contacto con el sistema sanitario deben desarrollarse con carácter prioritario, centrándose en mejorar la promoción del uso del preservativo y lubricantes, así como la percepción de riesgo, y potenciar la adherencia al tratamiento.

Así mismo, los servicios socio-sanitarios deben fomentar una adecuada salud mental, en particular, en relación a los trastornos por el consumo de sustancias adictivas, que se asocian a un mayor riesgo de exposición al VIH y son una de las barreras para la adherencia al TAR y el cumplimiento del seguimiento de las personas en tratamiento (38).

Además, es necesaria una mayor información y atención a las parejas serodiscordantes para la normalización del VIH en el ámbito más íntimo de la persona.



La adopción de hábitos saludables, los cuidados sanitarios y de soporte emocional son claves en estas personas. Lograr suprimir la carga viral para eliminar o reducir al nivel más bajo la capacidad de transmisión de la enfermedad, evitar las coinfecciones e incrementar su calidad de vida son objetivos prioritarios.

Mientras en el ámbito médico se han producido grandes avances que han aumentado mucho la esperanza y la calidad de vida de las personas con el VIH, siguen persistiendo actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH siendo el grupo con un porcentaje de rechazo más elevado después de las categorías relacionadas con el origen étnico-nacional (39). En la infección por el VIH es muy difícil desligar los aspectos médicos de los aspectos sociales. El estigma se ha descrito como un proceso mediante el cual se atribuye a una persona, o grupo de personas, una característica que la/s desprestigia a los ojos de los/as demás (40). El estigma vinculado al VIH y sida se apunta en múltiples factores:

- Falta de información sobre la infección por el VIH y su transmisión.
- Información inadecuada sobre la epidemia.
- Desconocimiento de la efectividad de TAR.
- Confusión entre los conceptos de infección por el VIH y SIDA.
- Prejuicios sobre la sexualidad.

La seropositividad provoca aún el estigma, fomenta la infravaloración y desarrolla un sentimiento de pertenencia a grupo de exclusión social (discriminación), por lo que es necesario mantener una memoria activa hacia la equidad como punto de partida y meta, en contraposición a connotaciones negativas que pudieran seguir enraizadas en la ciudadanía (40). Conseguir una sociedad libre de estigma y discriminación en todos los niveles supone seguir avanzando desde el ámbito social y comunitario para dar paso al cumplimiento de los denominados objetivos del milenio contemplados en las iniciativas Fast-Track.

6.Líneas estratégicas



Los datos epidemiológicos muestran que, en la provincia de Sevilla, la incidencia de nuevas infecciones por el VIH se mantiene estable, aunque alta en comparación con los países del oeste de Europa. No existe una sola epidemia de VIH, sino un conjunto de epidemias dispersas entre las diversas poblaciones clave y, en consecuencia, se necesita una planificación de estrategias y acciones óptimas y específicas para reducir la transmisión.

Las nuevas infecciones por el VIH afectan mayoritariamente a HSH y a otras poblaciones tales como las personas en situación de prostitución, las personas transexuales y las que consumen drogas, especialmente de forma inyectada, siendo inmigrante una de cada cuatro nuevas personas infectadas. Todas ellas tienen necesidades específicas de salud, particularmente en lo que respecta a la salud sexual, la garantía de derechos y el acceso a la atención, por lo cual el abordaje del VIH debe tener un enfoque integral.

El énfasis en la promoción de la salud, la prevención a toda escala, y la fuerte eficacia individual y grupal de los tratamientos, no debe debilitar el enfoque en las necesidades de las personas con VIH en términos de inclusión social, laboral y calidad de vida. Por lo tanto, el PlanFTS se centra en principios comunes y se divide en cuatro líneas estratégicas específicas que proponen diferentes prioridades y combinaciones, aplicables a las distintas poblaciones.

Las acciones a desarrollar deben abarcar todos los ámbitos de las líneas estratégicas definidas, sobre la base del profundo conocimiento de las problemáticas locales en salud derivadas de la infección por el VIH (Tabla 9).

Tabla 9. Líneas estratégicas y ejes del PlanFTS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS		EJE DE ACCIÓN		
		EJE 1 Población general*	EJE 2 Grupos de población clave	EJE 3 Personas con VIH
Línea Estratégica I	Promoción de la salud			
	Oportunidades de prevención primaria			
	Oportunidades de prevención secundaria			
Línea Estratégica II	Acceso y adherencia al tratamiento			
	Seguimiento e integralidad de la atención			
Línea Estratégica III	Equidad y derechos			
	Inclusión socio-laboral			
	Accesibilidad socio-sanitaria			
Línea Estratégica IV	Alianzas intersectoriales			

* Las personas se beneficiarán de acciones de prevención secundaria según su grupo de edad y su específico contexto sociocultural de partida.

Línea estratégica I: Promoción de la salud y prevención de la infección por el VIH en todas las personas

- Objetivo 1: Promover un mayor conocimiento y capacitación sobre la infección por el VIH.
- Objetivo 2: Visibilizar y facilitar el alcance a las diferentes medidas de prevención primaria frente al VIH.
- Objetivo 3: Promover y facilitar el diagnóstico precoz y otras medidas de prevención secundaria frente al VIH.

Línea estratégica II: Calidad de vida y atención integral a las personas que viven con el VIH

- Objetivo 4 : Mejorar el acceso precoz y la adherencia al tratamiento de las personas que viven con el VIH.
- Objetivo 5: Mejorar el seguimiento y la continuidad socio-sanitaria de la atención a las personas que viven con el VIH.

Línea Estratégica III: Igualdad positiva e inclusión efectiva de las personas que viven con el VIH, de las poblaciones clave y de los grupos más vulnerables

- Objetivo 6: Alcanzar la plena igualdad de trato y sin discriminación de las personas con VIH, de las poblaciones clave y de los grupos más vulnerables, desde un enfoque positivo.
- Objetivo 7: Fomentar la efectiva inclusión social y laboral de las personas con VIH, de las poblaciones clave y de los grupos más vulnerables.
- Objetivo 8: Asegurar el acceso equitativo a la atención y los recursos socio-sanitarios de las personas con VIH, de las poblaciones clave y de los grupos más vulnerables.

Línea Estratégica IV: Ayuntamiento líder

- Objetivo 9: Crear alianzas con otros sectores públicos y privados para emprender, mantener y reforzar todo tipo de actividades acordes al Objetivo Horizonte del Plan Fast-Track Sevilla.



6.A.Línea estratégica I: Promoción de la salud y prevención de la infección por el VIH en todas las personas

Esta línea estratégica es prioritaria para lograr el objetivo de reducir las tasas de infección por el VIH, a medio y largo plazo, y facilitar que, como mínimo, el 90% de quienes viven con el VIH conozcan su estado serológico.

Los marcos de prevención informados por la evidencia y basados en los derechos humanos, tales como la prevención combinada, han de ser adecuadamente implementados a nivel local.

La prevención combinada se define como el uso estratégico y simultáneo de las diferentes gamas de actuaciones de prevención primaria (biomédicas, conductuales, sociales y estructurales), que operan a múltiples niveles (individual, de pareja, comunitario, social), para responder a las necesidades específicas de las personas con mayor riesgo de exposición y a las formas más frecuentes de transmisión del VIH, haciendo un uso eficiente de los recursos, dando prioridad a la colaboración y participación de las comunidades más afectadas (41).

El miedo como estímulo represor tiene que dejar espacio a una sexualidad sana, positiva y placentera, basada en actitudes de cultivo, y que debe garantizar que la persona disponga del máximo de información para tomar sus propias decisiones en cada momento.

La protección proporcionada por el uso del preservativo y lubricantes sigue siendo imprescindible, sin embargo ya no es el único método preventivo que ofrece una protección contra la transmisión del VIH.

Actualmente, están en fase de estudio e implementación otras estrategias que están demostrando su eficacia en distintos grupos de población clave, principalmente en HSH con alto riesgo de transmisión del VIH (42).

En 2016, el 35,3% de los nuevos diagnósticos notificados en Sevilla fueron tardíos. Por ello, el diagnóstico precoz del VIH sigue siendo fundamental para que las personas conozcan su estado y reciban un tratamiento adecuado, el manejo de la infección en su estadio inicial sea óptimo y se asegure la prevención de posibles complicaciones futuras.

En ese ámbito, los cribados regulares, que combinan diferentes tipos de pruebas y servicios, son otra herramienta poderosa en la ciudad de Sevilla, que actualmente ofrecen muchas entidades y ONGs locales (Adhara, MdM, F. Triangulo, F. Atenea etc.).

El Programa de detección precoz del VIH de la Consejería de Salud de Andalucía, iniciado a finales de 2008, representa en la actualidad una apuesta firme (5).

Desde entonces, se han realizado más de 25.000 mil pruebas, con un porcentaje de resultados positivos del 2,2%. Se han ofertado pruebas rápidas de saliva y por digitopunción y se están ampliando los esfuerzos para la implementación de prueba Elisa de 4ª generación, incluso para otras ITS (ej. Sífilis, Gonorrea, Chlamydia tracomatis, Herpes Genital). Además, el autotest tiene el potencial de aumentar el acceso a las pruebas del VIH, especialmente para los grupos difícilmente accesibles (1).



Las pruebas rápidas son eficaces y seguras, pueden utilizarse indistintamente siempre que se dé un mensaje claro sobre la infección primaria. A las personas con una exposición reciente o síntomas de infección primaria (no detectados por todos los tipos de pruebas rápidas) o a las personas con un resultado reactivo, se debe aconsejar una consulta médica para la realización de pruebas con más especificidad o de carga viral, mediante circuitos de derivación protocolizados.

Además, hay que promover la realización de pruebas de forma periódica, tratamiento integral de las ITS y de las hepatitis en determinados grupos clave, como son los HSH, con la periodicidad que determinen las guías clínicas.

Objetivo 1. Promover un mayor conocimiento y capacitación sobre la infección por el VIH

■ Conseguir este objetivo depende de la puesta en marcha de acciones específicas por cada uno de los ejes de acción establecidos.

Eje 1: Población general

■ Incrementar el conocimiento sobre el riesgo de infección por el VIH y otras ITS en el marco de programas de promoción de la salud sexual.

■ Estimular el cambio en el mensaje preventivo, más allá del miedo, con un enfoque centrado en una sexualidad sana y placentera.

■ Crear e impulsar espacios de formación sobre el VIH en los que se integren conceptos como sexualidad sana, expresiones e identidades sexuales y de género, intersexualidad, orientación sexual o igualdad, en el ámbito de la enseñanza reglada y no reglada, en todos los niveles educativos.

■ Visibilizar la epidemia utilizando medios de difusión eficientes con la finalidad de educar e informar a la población sobre los mecanismos de transmisión del VIH y otras ITS, así como los medios de prevención, incluyendo la utilización de elementos icónicos de la ciudad, actividades deportivas, lúdicas etc.

■ Reforzar el mensaje preventivo, las buenas actitudes de mujeres y hombres, y superar los condicionantes de género existentes en ámbito local, identificando nuevas oportunidades de mejoras para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Con especial énfasis en los y las jóvenes y adolescentes.

■ Informar sobre las prácticas de riesgos para la infección, las medidas de prevención y los puntos de información a su alcance.



- Alertar sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol, drogas y otras adicciones y la relación perjudicial sobre la salud y la sexualidad.
- Proporcionar información sobre la adecuada utilización de las redes sociales, intercambio de imágenes y búsqueda de la afectividad por internet.

Eje 2: Grupos de población que son clave en la epidemia

- Potenciar la difusión de información actualizada y adaptada sobre las medidas preventivas y acercarla a los entornos de cada uno de los grupos clave.
- Informar sobre el riesgo específico de transmisión según el tipo de práctica y capacitar a las personas para la correcta toma de decisiones en cada caso.
- Difundir información sobre las intervenciones preventivas disponibles en ámbito local y sobre las posibles actuaciones frente a una práctica de riesgo.
- Proporcionar información actualizada sobre las nuevas oportunidades de prevención.
- Fomentar la promoción de prácticas seguras y saludables, así como las medidas de prevención de la infección por el VIH y de otras ITS, mediante formación de pares en grupos vulnerables y de más difícil acceso.
- Apoyar y fomentar las acciones dirigidas a incorporar información rigurosa sobre el VIH y otras ITS en los sitios webs y/o aplicaciones móviles dedicadas a contactos de relaciones sexuales y ofrecer enlaces a webs de reconocido prestigio sobre información y prevención.
- Incrementar el conocimiento sobre las consecuencias del retraso diagnóstico de la infección por el VIH y la necesidad de realizar pruebas rutinarias de detección precoz.
- Informar sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol, drogas y otras adicciones y la relación perjudicial sobre la salud y la sexualidad.

Eje 3: Personas con VIH

- Promover estilos de vida saludable, abordando todos los aspectos relacionados con el autocuidado, para mejorar la calidad de vida y la respuesta al tratamiento (dieta nutritiva y equilibrada, intensidad y frecuencia de la actividad física, interacciones sociales positivas).
- Promocionar el uso de medidas preventivas dirigidas a disminuir la transmisión de nuevas infecciones y/o reinfección.
- Abordar integralmente el tratamiento coordinado de las adicciones como conductas que afectan negativamente a la salud.
- Abordar los aspectos psicosociales y de salud mental relacionados con la vulnerabilidad al VIH.
- Facilitar espacios de acompañamiento, información y soporte para personas con VIH y sus parejas.
- Fomentar la promoción de prácticas saludables y la prevención de la infección por el VIH, mediante formación de pares en grupos vulnerables y de más difícil acceso.
- Promover la comunicación responsable del estado serológico a la pareja o contacto sexual.
- Promover el diálogo abierto entre las parejas serodiscordantes sobre los beneficios del TAR como medida preventiva, las dificultades sexuales, las ITS y los programas integrales de salud sexual.
- Facilitar el acceso al consejo y a las técnicas de reproducción asistida de las personas con el VIH si se contempla la posibilidad de embarazo.
- Promover el uso de leche materna en mujeres lactantes con VIH, procedente del Banco existente en la ciudad.
- Informar sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol, drogas y otras adicciones y la relación perjudicial sobre la salud, la sexualidad y las interacciones con el TAR.



Objetivo 2: Visibilizar y facilitar el alcance a las diferentes medidas de prevención primaria frente al VIH

- Identificar posibles barreras y desarrollar procedimientos que faciliten el acceso a las medidas de prevención primaria de la población diana por cada grupo clave.
- Adaptar las actividades de prevención a la realidad local en función de la vulnerabilidad y/o del mayor riesgo de exposición de las personas.
- Promover el uso del preservativo y lubricantes facilitando su distribución y su alcance en los grupos clave.
- Impulsar todas las demás intervenciones de probada eficacia en la prevención primaria de VIH actualmente disponibles.
- Valorar la implementación de todas las estrategias novedosas de prevención primaria que obtengan la recomendación de las autoridades sanitarias pertinentes.
- Implementar y reforzar las estrategias de facilitación para la inmunización de los grupos clave según las recomendaciones de las autoridades sanitarias pertinentes.
- Abordar el tratamiento coordinado de las adicciones (alcohol y otras drogas) como conductas relacionadas con prácticas sexuales de riesgo.
- Desarrollar e implementar un enfoque de reducción de daños con respecto al consumo de drogas y el ChemSex.
- Desarrollar y validar herramientas metodológicas para el control de calidad en programas de prevención primaria de ámbito local acordes con los estándares vigentes.

Objetivo 3. Promover y facilitar el diagnóstico precoz y otras medidas de prevención secundaria frente al VIH

- Fomentar la detección precoz de VIH y de otras ITS, para disminuir la proporción de población no diagnosticada y reducir el retraso en el mismo.
- Mejorar la accesibilidad de la prueba de detección precoz y garantizar su realización, de forma confidencial y con consejo asistido, por parte de personas cualificadas y formadas.
- Ampliar la oferta de diagnóstico precoz, incluyendo a las farmacias y/o a los centros de atención primaria y dar a conocer las nuevas oportunidades del mismo en estos ámbitos.
- Implementar sistemas de detección precoz que permitan reducir el periodo ventana de la infección por el VIH, incluyendo otras ITS, tras una exposición de riesgo.
- Fortalecer los mecanismos para la correcta derivación y atención sanitaria de las personas con VIH, o tras una exposición de riesgo no ocupacional, desde el ámbito comunitario.
- Establecer e impulsar protocolos de derivación e información de los resultados de diagnóstico de la infección por el VIH desde los laboratorios privados.
- Favorecer el desarrollo de un sistema de información que permita el análisis de la información recogida en los programas comunitarios de detección de VIH.

6.B.Línea estratégica II: Calidad de vida y atención integral a las personas que viven con el VIH

La adherencia, al igual que el inicio precoz y la permanencia en los cuidados de salud son básicos para optimizar los beneficios del tratamiento. Para mejorar estos indicadores se requiere una estrecha coordinación de todos los servicios socio-sanitarios implicados en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas infectadas.

Hoy en día, existen directrices consolidadas sobre el uso de los medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH que recomiendan el inicio del TAR en todas las personas con infección por el VIH, independientemente del recuento de linfocitos CD4, fundamentándose en datos científicos provenientes de los ensayos clínicos y los estudios observacionales publicados desde el 2013, los cuales indican que una administración más temprana del TAR en las personas infectadas por el VIH da lugar a resultados clínicos más favorables que un tratamiento diferido (11).

Las innovaciones en la manera de proporcionar los servicios, como por ejemplo la integración de programas de apoyo entre iguales, la colaboración socio-sanitaria y el acercamiento a las personas con escasa accesibilidad al sistema (personas en situación de prostitución, etc.), pueden ayudar a mejorar las tasas de adherencia y los resultados del tratamiento. Así mismo, pueden propiciar el abordaje de los nuevos desafíos de la cronicidad y del envejecimiento que trae la edad adulta con nuevas cargas de enfermedad y la aparición de comorbilidades que requieren programas multidisciplinarios en el ámbito socio-sanitario.

Por todo ello, el inicio precoz, la mejora de la adherencia al tratamiento y a los cuidados en el sistema de salud, mediante acciones específicas son los principales desafíos para un buen resultado a largo plazo en términos de salud y son el objetivo diana de esta segunda línea estratégica del PlanFTS.

Objetivo 4: Mejorar el acceso precoz y la adherencia al tratamiento de las personas que viven con el VIH

- Identificar posibles barreras y desarrollar procedimientos que faciliten el acceso al tratamiento antirretroviral continuado, especialmente en poblaciones vulnerables.
- Diseñar e implementar protocolos específicos de derivación entre las unidades y servicios implicados en el tratamiento de VIH.
- Fomentar una mayor participación de Atención Primaria en la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las personas que viven con el VIH.
- Impulsar, desde el enfoque socio-sanitario, la monitorización de la adherencia al tratamiento en coordinación con todas las unidades, servicios, entidades sociales implicadas.
- Facilitar el acceso al tratamiento precoz del VIH, siguiendo las indicaciones de la mejor evidencia científica disponibles.
- Promover programas innovadores sobre “educación al tratamiento” de las personas con VIH en entornos hospitalarios: programas comunitarios integrales, incluida la salud sexual y la educación entre iguales.

Objetivo 5: Mejorar del seguimiento y la integralidad socio-sanitaria de la atención a las personas que viven con el VIH

- Fomentar un abordaje integral y multidisciplinar de las personas con VIH, enfocado hacia la promoción del diagnóstico y tratamiento precoz de la comorbilidad, así como la detección precoz de los efectos adversos de los tratamientos y las repercusiones psicológicas de la infección en las personas que viven con el VIH.
- Garantizar en todo momento el acceso y seguimiento a los servicios de salud (AP y AH), en el máximo respeto de la intimidad y confidencialidad de las personas, impulsando acciones para detectar posibles áreas de mejora.
- Abordar durante el seguimiento de las personas con el VIH y/u otras ITS todos aquellos aspectos fundamentales relacionados con hábitos de vida saludables, para prevenir la comorbilidad asociada a la infección y al envejecimiento prematuro.
- Asegurar el correcto seguimiento de las mujeres embarazadas que viven con el VIH para la prevención de las infecciones congénitas y una mejor salud materno-infantil, incluyendo la promoción del uso de leche materna donada durante la lactancia.
- Mejorar la coordinación entre el sistema sanitario público y el resto de entidades sociales, instituciones y organismos que participan en la asistencia, el apoyo y el seguimiento de las personas que viven con el VIH.
- Impulsar, desde el enfoque socio-sanitario, la monitorización de la adherencia al seguimiento (retención clínica del paciente) en coordinación con todas las unidades hospitalarias (sobre todo, Medicina Interna e Infecciosos), Centros de Salud y entidades sociales implicadas.

6.C.Línea Estratégica III: Igualdad positiva e inclusión efectiva de las personas con VIH, de las poblaciones clave y los grupos más vulnerables

Para alcanzar la plena igualdad de las personas con VIH, o aquellas con mayor riesgo de exposición, se requiere la puesta en marcha de acciones de sensibilización frente al VIH y sida, proteger a las personas vulnerables pertenecientes a los grupos claves (inmigrantes, HSH, personas en situación de prostitución, etc.), eludir el dualismo VIH-HSH y dar respuesta las diferentes formas de fobias y discriminación, como la serofobia y las LGTBI-fobia.

Todas estas formas de discriminación constituyen un grave obstáculo contra la salud y los derechos de las personas y, por diversas razones, pueden entorpecer en gran medida los esfuerzos para detener la transmisión y reducir los casos de VIH (18). Garantizar el cumplimiento de las leyes y de las políticas de protección y fomento de los derechos humanos puede reducir las situaciones de vulnerabilidad a la infección por el VIH y el riesgo de contraerla (11).

Muchas personas son discriminadas por tener la infección, porque se les presuponen prácticas de riesgo que no se consideran “adecuadas”, como las relacionadas con su sexualidad, su orientación sexual o su identidad de género. De esta manera, surge la serofobia como una forma de violencia y discriminación que fomenta un ambiente inseguro para estas personas, alejándolas de los servicios de salud preventivos y de atención establecidos (40).

Los aspectos sociales y personales se ven afectados por las discriminaciones existentes a todos los niveles. El estigma institucional, el estigma público, el estigma por relación y autoestigma son problemáticas a abordar desde la intervención terapéutica, tanto individual como grupalmente y tiene rasgos diferentes según desde la perspectiva que se tome. Las actividades de apoyo emocional son una herramienta importante para la autoestima de las personas que viven con VIH, así como la sensibilización desde edades muy tempranas en las escuelas.

Es crucial, en este sentido, crear una cultura de responsabilidad compartida, lo que significa que la responsabilidad de evitar la transmisión del VIH no solamente recaiga en la persona que vive con el VIH, sino que toda la sociedad ayude en el desarrollo de un ambiente de comunicación abierta y de igualdad en las relaciones para favorecer la erradicación de los estigmas.



Así mismo, es fundamental reconocer explícitamente la variedad de géneros más allá del dualismo hombre-mujer, con una visión inclusiva hacia las personas transexuales y las diferentes posibilidades corporales y genitales, aceptando además la pluralidad de orientaciones sexuales de las personas (homo, hetero o bisexualidad).

Objetivo 6: Alcanzar la plena igualdad de trato y no discriminación de las personas que viven con el VIH, de las poblaciones clave y de los grupos más vulnerables desde un enfoque positivo

- Utilizar las medidas, leyes y políticas existentes en respuesta al estigma y a la discriminación hacia las personas con VIH y la LGTBI-fobia.
- Velar en todo momento por el cumplimiento de la legislación vigente de protección frente a la discriminación relacionada con el VIH y a la LGTBI-fobia.
- Revisar el marco normativo para eliminar las actuales discriminaciones jurídicas y sociales derivadas de normativas que representan barreras hacia la igualdad relacionadas con el VIH.
- Incorporar la perspectiva de promoción de la salud y prevención del VIH u otras ITS en la agenda y actividades políticas de la ciudad e incluir objetivos para reducir el estigma y la discriminación relacionadas.
- Reforzar el compromiso, tanto de líderes políticos y figuras de relevancia social como de entidades de la sociedad civil, contando siempre con la participación de las personas con VIH.
- Resaltar y premiar la labor de los exponentes y entidades sociales implicadas en la respuesta frente al VIH u otras ITS, como ejemplo de civismo y altruismo local.
- Avivar la memoria histórica local relacionada con figuras de relevancia social, cultural y/o artística implicadas a favor de la igualdad y no discriminación de las personas, especialmente en el ámbito del VIH y otras ITS.

- Promover el conocimiento LGBTI fortaleciendo el sentimiento de identidad y pertenencia a la comunidad, la autoestima y su integración.
- Promover el acceso a la información y la intervención legal ante posibles situaciones de violación de derechos humanos por causa del VIH.
- Fomentar la formación de los profesionales de todo ámbito (social, sanitario, institucional, etc.) sobre VIH y otras ITS, estigma y discriminación.

Objetivo 7: Fomentar la efectiva inclusión social y laboral de las personas con VIH, de las poblaciones clave y los grupos más vulnerables

- Promover la sensibilización y la formación dentro de la administración pública, las organizaciones empresariales, sindicales y mutuas, para facilitar el adecuado acceso al mercado laboral, prevenir y eliminar la discriminación laboral de las personas afectadas por el VIH y favorecer el intercambio de experiencias y buenas prácticas en el lugar de trabajo.
- Promover la colaboración y la coordinación con otras instituciones para fomentar la adhesión de empresas a códigos de conducta éticos contra la discriminación y el rechazo hacia las personas con VIH u otras ITS.
- Desarrollar un abordaje comunitario para apoyar a las personas con VIH en riesgo de exclusión desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, proporcionando un acompañamiento específico en posibles momentos críticos de su vida (adolescencia, embarazo, tercera edad, pérdida de empleo, ruptura familiar o cambio del lugar de residencia).
- Empoderar a las personas con VIH e ITS para evitar la autoexclusión, fomentando habilidades que ayuden a afrontar el posible estigma y discriminación.
- Facilitar el acercamiento a los servicios sociales para la cobertura de necesidades básicas, recursos de empleo, atención a la mujer, servicios administrativos, jurídicos y de alojamiento en las personas con VIH u otras ITS y/o con riesgo de exclusión social.



Objetivo 8: Asegurar el acceso equitativo a la atención y a los recursos socio-sanitarios de las personas con VIH, de las poblaciones clave y los grupos más vulnerables

- Identificar y superar las barreras de acceso, situaciones de discriminación y documentar su impacto local en el acceso a los recursos y servicios socio-sanitarios de las personas con VIH u otras ITS.
- Facilitar y apoyar desde la administración local la creación de centros comunitarios de salud sexual para la comunidad LGTBI y todo tipo de colectivo vulnerable al VIH, bajo el amparo de los principios rectores del Plan, confidencialidad e intimidad.
- Fomentar el cambio hacia un mensaje preventivo proporcionado desde las instituciones y la administración local, los profesionales sanitarios y los educadores sobre VIH.
- Reforzar la coordinación socio-sanitaria para la correcta derivación, tratamiento y seguimiento de pacientes entre las unidades hospitalarias de VIH, centros de ITS y centros de atención primaria, con la participación de organizaciones y entidades sociales.
- Adoptar enfoques novedosos para la prestación de servicios relacionados con la salud en la comunidad y proveer una atención diferenciada, con el fin de mejorar el acceso y la adherencia durante la atención y el tratamiento.
- Facilitar información a los y las pacientes sobre los procedimientos y/o requerimientos de acceso al sistema sanitario público, recurriendo cuando sea necesario a su adaptación sociocultural.
- Sensibilizar a los y las profesionales sanitarios sobre el derecho a la igualdad de trato y la no discriminación en el medio sanitario.

- Impulsar la formación continuada del colectivo de profesionales de la salud y del ámbito social sobre los derechos relativos a la salud, las necesidades específicas de los grupos clave, prácticas sexuales de riesgo y la efectividad del consejo preventivo.

- Consolidar la formación continuada a profesionales sanitarios sobre la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH, con especial hincapié en el periodo de residencia y en el personal de urgencias.

- Impulsar la formación continuada a profesionales de admisión y atención a la ciudadanía sobre la correcta derivación de las personas dentro del sistema sanitario público y las oportunidades de prevención a través de los Servicios de Información (ej. Salud Responde).

- Incrementar la formación referente al VIH y el desarrollo de experiencias formativas en ámbito comunitario durante los periodos de residencia, acordes a los planes de formación específicos.



6.D.Línea Estratégica IV: Ayuntamiento

El Ayuntamiento de Sevilla protagoniza esta cuarta y última línea estratégica del PlanFTS. El consistorio tiene que liderar y/o apoyar toda iniciativa con impacto para dar respuesta al VIH y otras ITS y promover actividades innovadoras en el ámbito social y sanitario desde una perspectiva amplia, con un enfoque basado en los determinantes de la salud.

Una vez garantizados los marcos jurídicos y de reglamentación, es fundamental desarrollar el compromiso local y la participación intersectorial. Para conseguirlo, hay que trabajar en todos los niveles relacionados con el VIH y otras ITS para establecer posibles alianzas y colaboraciones que abarquen los sectores públicos pertinentes, involucren a la sociedad civil, al sector privado y a los principales agentes, iniciativas y asociaciones que trabajan en este ámbito.

La colaboración estrecha con la sociedad civil, especialmente a nivel comunitario, es particularmente importante para asegurar que los servicios esenciales sean accesibles a todas las poblaciones y para conseguir políticas basadas en evidencias, recursos suficientes, una mejor rendición de cuentas y una protección de los derechos humanos que beneficie a las poblaciones clave.

El Ayuntamiento debe apoyar fuertemente el compromiso de reunir a una masa crítica mediante medidas de liderazgo que sean específicas, concretas y públicas en todo el ámbito local que le compete, donde colaboren actores sanitarios y no sanitarios (11).

Objetivo 9: Crear alianzas con otros sectores públicos y privados para emprender, reforzar y mantener todo tipo de actividades acordes al Objetivo Horizonte del Plan Fast-Track Sevilla.

- Identificar los activos en salud de la ciudad como elementos de partida para emprender acciones de promoción de la salud y de prevención, relacionadas con el VIH u otras ITS, y relacionarlos a cada uno de los grupos claves.
- Liderar la coordinación local para la sensibilización social sobre el VIH y otras ITS.
- Establecer acuerdos multisectoriales y multidisciplinares por la igualdad de trato y la no discriminación, contando con todos los agentes y sectores implicados.
- Crear alianzas con otros sectores, públicos y privados, implicados en la respuesta al VIH u otras ITS para la realización de eventos y/o campañas preventivas.
- Apoyar institucionalmente los eventos que fomenten hábitos saludables y actitudes preventivas en relación con el VIH y otros ITS.
- Fomentar la participación ciudadana en la proposición de las acciones de promoción de la salud y prevención de la infección.
- Hacer partícipes y colaborar con los medios de comunicación en la realización de campañas y/o eventos específicos, mediante estrategias de difusión adaptadas por cada eje de acción.
- Apoyar acciones que refuercen el derecho a tener una vida sexual sana, mediante información clave que libere del miedo a la infección por VIH.
- Impulsar e incidir a nivel local en la puesta en marcha de acciones para reducir y/o eliminar las conductas relacionadas con prácticas de riesgo como es el consumo de alcohol y otras drogas.



7. Difusión y Comunicación



La comunicación está en la base de toda interacción humana, por ello, se incluye un apartado con ideas generales. El desarrollo del mismo es interdependiente del Plan.

OBJETIVO 1:

Informar a la ciudadanía de la existencia del Plan internacional para la prevención del VIH y sida, con apoyo del gobierno municipal.

OBJETIVO 2:

Divulgar los objetivos generales y específicos del Plan.

OBJETIVO 3:

Diseñar acciones específicas para conseguir los objetivos del Plan.

A continuación se detallan las principales herramientas que pueden ser utilizadas dentro de la estrategia de comunicación.

Comunicación Interna:

A. Actos presenciales:

- Reuniones.
- Talleres.
- Encuentros.

B.Herramientas de Internet:

- Aplicaciones móviles: Grupos de whatsapp, Correo electrónico y Google calendar.
- Correo electrónico: Se creará un correo electrónico corporativo cuando sea necesario.
- Entornos colaborativos: Se creará una cuenta de Google drive para poder almacenar todos los archivos y que todo el Comité pueda hacer uso de los mismos.

Comunicación externa:

A.Actos y eventos:

- Actos participativos.
- Presentaciones.
- Jornadas y conferencias.

B.Prensa:

- Nota de prensa.
- Rueda de prensa.
- Entrevistas a demanda.
- Medios de comunicación locales: televisión, prensa escrita y radio.



C. Medios impresos:

- Cartel informativo.
- Folleto de difusión.

D. Internet:

- Redes sociales: Se realizarán posts de Facebook, Instagram y Twitter a través de la cuenta del Ayuntamiento.
- Banners: En la cabecera principal web del Ayuntamiento de Sevilla y en el espacio del Servicio de Salud.
- Blog: Se reutilizará la web de la campaña para poder subir fotografías y videos de las actividades.
- Website: El microsite estará en un apartado dentro de la web www.sevilla.org. Para llegar al microsite, la propia web del Ayuntamiento tendrá un botón en la página principal y un banner en movimiento que llevaría a dicho microsite.

E. Marca:

Logotipo y eslogan: La imagen visual del Fast Track consta de tres partes. El símbolo, que incluye distintas ciudades del mundo en diferentes colores y transparencias sobre un lazo de base rojo (simbología SIDA). Un logotipo compuesto por dos partes, el término Fast Track en negro y Sevilla en la parte inferior de color rojo. Por último, un eslogan en color celeste. Estos elementos se integran gracias al uso de distinta tipografía y color.

F.Merchandising:

La elección del objeto dependerá del uso y población diana.

G.Publicidad Exterior:

- Valla Publicitaria.
- Tranvía.
- Autobús.

Se diseñará un campaña cuyo soporte material podrian ser los mencionados anteriormente.

- Enara: Para los actos oficiales y charlas del Fast Track, se creará una enara de 200x80 cm para que esté presente durante esos actos.
- Bussi: Spot para el canal Bussi de Tussam.
El Bussi reproducirá en las pantallas de las distintas líneas de autobús, una campaña visual, previamente adaptada para este canal.

E.Campaña:

- Campaña específica en redes sociales.
- Diseño de envases de preservativo: Se diseñará un envase específico del Fast Track siguiendo el estilo y la gama cromática para entregar a nuestro público en las zonas de difusión.

F.Acciones transversales en las diferentes áreas municipales.

Se establecerá contacto con diversas áreas municipales a fin de crear sinergias.

G.Acciones Fast Tack.

8.Evaluación y Seguimiento del Plan: Indicadores



Se han elaborado una serie de indicadores para garantizar un seguimiento adecuado de la iniciativa, el cumplimiento de determinandos requerimientos para su correcta implantación (Indicadores de Desarrollo) y la evaluación de los objetivos del Plan (Indicadores de Resultado).

A continuación, se detallan los indicadores de desarrollo y de resultado del PlanFTS (Tabla 10 y 11).

Tabla 10. Indicadores de Desarrollo del PlanFTS.

Ámbito	Objetivos	Acciones	Indicadores
Equipo técnico del Ayuntamiento que pueda dar apoyo a la implementación diaria del programa	Implicar al área de salud con personal de apoyo adscrito al programa	Cubrir necesidad de personal Elaborar y remitir informes a IAPAC.	
Creación del equipo directivo del programa	Definir los roles dentro del equipo directivo y entender bien la iniciativa por parte de los integrantes Planificar y llevar a cabo la preparación de una reunión consultiva de la ciudad	Identificar y ampliar el actual equipo directivo a otros actores Establecer un calendario de reuniones de trabajo	Reuniones bimensuales de toma de decisiones y seguimiento de compromisos
Realización de la reunión consultiva de la ciudad de Sevilla y desarrollo del Plan	Establecer un acuerdo entre todos los actores sobre las metas a cubrir dentro de la iniciativa 90.90.90 Establecer las políticas epidemiológicas, públicas y clínicas para alcanzar los objetivos con sus bases de financiación Elaborar estrategias para una respuesta coordinada y elaborar el plan de actuación de la ciudad de Sevilla	Reunión consultiva de actores en la ciudad de Sevilla	Establecimiento de los Objetivos del Plan Desarrollo de las Líneas estratégicas y recomendaciones del Plan Inclusión y desarrollo de acciones específicas
Aumentar apoyo de entidades públicas y privadas	Dar a conocer la estrategia y sumar agentes al compromiso	Invitar a participar en las reuniones a nuevos agentes e implicarlos en el proyecto.	Nuevos agentes que se suman a la iniciativa aportando recursos humanos, materiales o económicos
Difundir el compromiso de la ciudad de la Sevilla	Dar a conocer que Sevilla está comprometida	Realización de campaña específica municipal de difusión	Utilización de diferentes medios por la difusión Implementar y evaluar el impacto de la campaña
Financiación del Plan	Garantizar la viabilidad del Plan mediante una financiación sólida	Asignación de un presupuesto anual por el Ayuntamiento de Sevilla Buscar nuevas fórmulas de financiación con las participación de otros sectores	Asignación de un presupuesto anual destinado al Plan por parte del ayuntamiento y % utilización anual Aportaciones anuales destinadas al desarrollo de las acciones del Plan por otras instituciones públicas y/o privadas y % utilización anual
Evaluación del Plan	Garantizar la puesta en marcha de las acciones propuestas Garantizar el seguimiento del cumplimiento de los objetivos de las Líneas estratégicas del Plan	Evaluar el cumplimiento de las acciones propuestas en el Plan Evaluar el cumplimiento de los objetivos de las Líneas estratégicas del Plan	Número y porcentajes de acciones desarrolladas Número y porcentajes de acciones evaluadas Informe anual de seguimiento del Plan Informe final de evaluación del Plan

Tabla 11. Indicadores de Resultado del PlanFTS.

Meta	Objetivos del Plan	Líneas Estratégicas	Indicadores
90.90.90	<p>Reducir el nº de nuevas infecciones por VIH .</p> <p>Más del 95 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico.</p> <p>Más del 95 % de quienes conocen su estado serológico positivo sigan un tratamiento .</p> <p>Suprimir la carga viral de más del 95 % de las personas en tratamiento,</p>	<p>Línea estratégica I</p>	<p>Número y tasas de nuevos diagnósticos de VIH</p> <p>Número y porcentaje de nuevos diagnósticos con respecto a la incidencia de nuevos casos de VIH estimada</p> <p>Número y porcentaje de personas en seguimiento hospitalario que están en tratamiento</p> <p>Número y porcentaje de nuevos pacientes en tratamiento que suprimen su carga viral</p> <p>Número y porcentaje de nuevas infecciones con diagnóstico tardío con un nivel de CD4 por debajo de 350/μl</p>
		<p>Línea estratégica II</p>	<p>Número acciones de promoción y prevención específicas por cada grupo clave</p> <p>Número de campañas de prevención de ITS y VIH específicas dirigidas a jóvenes, HSH y otros grupos clave así como en población general</p> <p>Número de actividades formativas sobre salud sexual y prevención de ITS- VIH, especialmente en jóvenes de entre 14 y 18 años</p> <p>Número de banner/post sobre salud sexual y prevención de ITS-VIH incluidos en webs, blogs o redes sociales</p> <p>Número de personas que se realizan la prueba de detección rápida del VIH y otras ITS en diferentes entornos por cada grupo clave que reciben consejo preventivo</p> <p>Número y porcentajes de personas con un resultado de positivo a las pruebas de detección rápida del VIH que se derivan a un servicio sanitario</p> <p>Número de personas con un resultado de positivo a las pruebas en las que se confirma el resultado de la prueba rápida</p> <p>Número informes locales sobre accesibilidad y adherencia al tratamiento por cada grupo clave</p> <p>Número informes locales sobre barreras en el seguimiento y la continuidad de los cuidados por cada grupo clave</p> <p>Número informes locales sobre accesibilidad y adherencia al tratamiento por cada grupo clave</p> <p>Número de protocolos de derivación desarrollados e implementados entre diferentes unidades para el tratamiento y seguimiento de las personas</p>
Cero Discriminación	<p>Acelerar la disminución a cero del estigma y de la discriminación al VIH</p>	<p>Línea estratégica III</p>	<p>Número de acciones lideradas por el ayuntamiento para respaldar la igualdad y la no discriminación</p> <p>Número y porcentaje de delitos de odio por orientación sexual y/o discriminación por sexo/género o relacionadas con el VIH</p> <p>Número y porcentaje de denuncias por orientación sexual, discriminación por sexo/género o relacionadas con el VIH interpuestas en las instituciones locales</p> <p>Número y porcentaje de denuncias por orientación sexual, discriminación por sexo/género o relacionadas con el VIH interpuestas en los servicios sanitarios y sociales</p>
		<p>Línea estratégica IV</p>	<p>Número de ordenanzas revisadas y número de nuevas ordenanzas redactadas y/o modificadas favorablemente que afectan a las personas que viven con VIH</p> <p>Número de ordenanzas revisadas y número de nuevas ordenanzas redactadas y/o modificadas favorablemente que afectan a las personas que viven con VIH</p> <p>Número de acciones a favor de la inserción laboral y social por cada grupo clave</p> <p>Número de acciones a favor de la inserción social y laboral en las personas con VIH</p> <p>Desarrollo del Plan de activos en salud frente al VIH de la ciudad de Sevilla</p> <p>Número informes locales sobre barrera en el acceso sanitario, inserción social y laboral por cada grupo clave</p> <p>Número de acciones que cuentan con la participación ciudadana, social, cultural y sanitaria</p> <p>Número de alianzas estratégicas y colaboraciones con otros sectores públicos y privadas</p>

*En rojo los Indicadores Clave



9. Acciones propuestas



Las acciones del PlanFTS se aunarán anualmente en un documento aparte (ANEXO III), a partir de las propuestas de las personas integrantes del Comité Fast Track.

A lo largo del periodo que abarca el Plan (2018-2022), se incluirán sólo aquellas acciones pertinentes que se rijan por los principios rectores, objetivos y líneas estratégicas establecidas.

Se evaluará la realización de las acciones propuestas y el alcance de los objetivos recogidos en cada una.

Las acciones del PlanFTS para el 2018 se describen en el ANEXO III-Año 2018.

10. Bibliografía consultada



1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Acción acelerada para la prevención combinada. Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 de aquí a 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2015.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). El informe sobre las ciudades. Estimaciones. Ginebra: ONUSIDA; 2014.
3. Ruiz Fernández J, Rabadán Asensio A, Fernández Ajuria A. IV Plan Andaluz de Salud de Andalucía. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013.
4. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Mapa de sanitarios de Salud de Andalucía. Sevilla: SAS; 2003.
5. Rodríguez M, Zamora C. Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS 2010-2015. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2010.
6. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Informe VIH/Sida en Andalucía, año 2016. Sevilla: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Dirección general de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica; 2017.
7. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2016: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida [Internet]. Madrid: S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología - Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII; 2017 [consultado en noviembre 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2017_NOV2017.pdf
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017. Progress Report. Stockholm: ECDC; 2017.

9. Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Informe ITS en Andalucía, 2011-2016. Sevilla: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Secretaría General de Salud Pública y Consumo. Dirección general de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica; 2017.

10. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Orientaciones terminológicas. Versión revisada. Ginebra: UNUSIDA; Octubre 2011.

11. Organización Mundial de la Sanidad (OMS). Estrategia mundial del sector salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra: OMS; 2016.

12. Organización Mundial de la Sanidad (OMS). Estrategia mundial del sector salud contra el VIH 2016–2021. Hacia el fin del SIDA. Ginebra: OMS; 2016.

13. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: EASP; 2013.

14. Cofiño R, Avino D, Benedé CB, Botello B., Cubillo J., Morgan A., et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Informe SESPAS 2016. Gac Sanit. 2016;30:93–98.

15. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Atlas de desigualdades de género en salud en Andalucía. Granada: EASP;2015.

16. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012; 26(Supl 1):158-61.

17. Salinas Ibañez J. Innovación educativa y uso de las TIC. Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, 2008.

18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Madrid: MSSSI, 2015.



19. Agramonte A. Intersexualidad y estigma social. *Rev Sexología y Sociedad*. 2008;14(36).
20. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2013.
21. Spear LP. Adolescent neurodevelopment. *J Adolesc Health*. 2013;52 (2 Suppl 2): S7–13.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted disease surveillance 2014. Atlanta: CDC; 2015.
23. Universidad de Sevilla. Anuario estadístico 2015-2016 [Internet]. Sevilla: US, 2016 [consultado en octubre 2017]. Disponible en: <http://servicio.us.es/splanestu/WS/Anuario1516/Present.pdf>
24. Bourne A, Reid D, Hickson F, et al. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2015;91:564–8.
25. Redoschi BR, Zucchi EM, Barros CR, Paiva VS. Routine HIV testing in men who have sex with men: from risk to prevention. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(4):e00014716.
26. Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214-2
27. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (ONUSIDA). Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual. Ginebra: ONUSIDA; 2009.
28. HDe Santis JP. HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(5):362-72.

29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. Ginebra: OMS; 2015.

30. Beyrer C, Crago AL, Bekker LG, Butler J, Shannon K, Kerrigan D et al. HIV and sex workers 7: An action agenda for HIV and sex workers. *The Lancet*. 2015; vol 385.

31. Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros específicos de VIH/ITS, 2000-2013. Plan Nacional sobre el Sida [Internet]. Madrid: S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología - Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII; 2016 [consultado en noviembre 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/.../InformeEPIVIH2000_2013.pdf

32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución. Madrid: MSSSI; 2005.

33. Female, Male and Transgender Sex workers' Perspective on HIV and STI Prevention and Treatment Services: A Global Sex Worker Consultation. Edimburgo, Reino Unido: Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual; 2011.

34. Caro-Murillo AM, Castilla J, del Amo J. Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. *Gac Sanit*. 2010;24(1):81–88.

35. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*. 2004;364:83–94.

36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV infection, risk, prevention, and testing behaviors among persons who inject drugs—national HIV behavioral surveillance: injection drug use, 20 U.S. cities, 2012. HIV Surveillance Special Report [Internet]. Revised edition. Atlanta: CDC, 2015 [consultado en noviembre 2017]. Disponible en: https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-HSSR_NHBS_PWID_2012.pdf



37. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2016. Análisis de la evolución 2001-2016. Plan Nacional sobre el Sida [Internet]. Madrid: S.G. de Promoción de la salud y Epidemiología - Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII; 2016 [consultado en noviembre 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/.../InformeEncuestaHospitalaria2016DEF.pdf>
38. Rajasingham R, Mimiaga MJ, White JM, et al. A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among HIV-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26:36–52.
39. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Los perfiles de la discriminación en España: Análisis de la Encuesta CIS-3.000 Percepción de la discriminación en España. Madrid: - MSSSI; 2014.
40. Coordinadora Estatal de VIH y sida (CESIDA) y Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH). VIH, discriminación y derechos. Guía para personas que viven con el VIH. Barcelona: CESIDA y gTt-VIH; 2015 [consultado en noviembre 2017]. Disponible en: http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2015/12/Guia_ESTIGMA_nov2015.pdf
41. Organización Mundial de la Sanidad (OMS). Directrices sobre el inicio del tratamiento antirretroviral y la profilaxis preexposición al VIH. Ginebra: OMS; 2015.
42. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GESIDA). Consenso Recomendaciones sobre Profilaxis Pre-Exposición en adultos para la Prevención de la Infección por VIH en España [Internet]. Madrid: GESIDA;2016 [consultado en noviembre 2017]. Disponible en: http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/gesida-guiasclinicas-2016-profilaxis_pre-exposicionVIH.pdf

11. Glosario de términos y abreviaturas



- GeSIDA Grupo de Estudio de Sida-Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)
- HSH Hombres que tienen sexo con hombres
- INE Instituto Nacional de Estadística
- ITS Infecciones de transmisión sexual
- LGBTI Lesbianas, gays, bisexuales, personas transexuales e intersexuales
- OMS Organización Mundial de la Salud
- ONG Organizaciones no gubernamentales
- ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/Sida
- PlanFTS Plan Fast-Track Sevilla
- PrEP Profilaxis pre-exposición
- SAS Servicio Andaluz de Salud
- SIDA Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
- SINIVIH Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH

- SNS Sistema Nacional de Salud
- TAR Tratamiento antirretroviral
- SSPA Sistema Sanitario Público de Andalucía
- PID Personas que se inyectan drogas
- US Universidad de Sevilla
- VHC Virus hepatitis C
- VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana



Anexo I: Declaración de París firmada por el alcalde de Sevilla

Ayuntamiento de Sevilla

DECLARACIÓN DE PARÍS

Nos encontramos en un momento histórico para la respuesta al sida. Gracias a los avances científicos, el activismo comunitario y el compromiso político con unos objetivos comunes, tenemos la oportunidad real de poner fin a la epidemia de sida a escala mundial para el año 2030. Las ciudades llevan mucho tiempo en la primera fila de la respuesta al sida y ahora se encuentran en una posición única para liderar acciones aceleradas con miras a alcanzar los objetivos 90-90-90 en 2020: que el 90% de las personas que viven con el VIH conozca su estado serológico; que el 90% de quienes conocen su estado serológico positivo reciba tratamiento; y que el 90% de las personas en tratamiento suprima la carga viral.

Podemos detener todas las nuevas infecciones por el VIH y evitar las muertes relacionadas con el sida, incluidas las muertes por tuberculosis. Podemos acabar con el estigma y la discriminación. Todos nuestros ciudadanos deben tener acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH y la tuberculosis que permitan salvar vidas.

Si colaboran, las ciudades pueden adoptar medidas locales que tengan una repercusión mundial. Al aprovechar nuestro alcance, infraestructura y capacidad humana, las ciudades crearán un futuro más equitativo, incluyente, próspero y sostenible para todos los ciudadanos, sin importar su sexo, edad, situación económica o social u orientación sexual.

LOS ALCALDES NOS COMPROMETEMOS A:

1. Poner fin a la epidemia de sida en las ciudades para el año 2030.

Nos comprometemos a alcanzar los objetivos 90-90-90 relativos al tratamiento del VIH para 2020, que reducirán rápidamente el número de infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida —incluidas las causadas por la tuberculosis— y acelerarán el proceso para acabar con el sida para el año 2030. Nos comprometemos a ofrecer un acceso sostenido a los servicios de detección, tratamiento y prevención. Terminaremos con el estigma y la discriminación.

2. Situar a las personas en el centro de todo lo que hacemos.

Nos centraremos, sobre todo, en las personas vulnerables y marginadas. Respetaremos los derechos humanos y no dejaremos a nadie de lado.

Ayuntamiento de Sevilla

Actuaremos en el plano local y en colaboración con nuestras comunidades para impulsar el apoyo mundial en pos de sociedades resistentes y saludables y del desarrollo sostenible.

3. Abordar las causas de riesgo, vulnerabilidad y transmisión.

Emplearemos todos los medios necesarios, como ordenanzas municipales y otras herramientas, para abordar los factores que hacen que las personas sean vulnerables al VIH y a otras enfermedades. Trabajaremos estrechamente con las comunidades, los proveedores de servicios, los encargados del cumplimiento de la ley y otros organismos, así como con las poblaciones marginadas y vulnerables, incluidos los habitantes de barrios marginales, las personas desplazadas, las mujeres jóvenes, los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan droga, los migrantes, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y los transexuales, a fin de crear y promover la tolerancia.

4. Utilizar la respuesta al sida para una transformación social positiva.

Nuestro liderazgo impulsará una transformación social innovadora para crear sociedades equitativas, incluyentes, receptivas, resistentes y sostenibles. Integraremos programas de salud y sociales con objeto de mejorar la prestación de servicios, incluidos los relacionados con el VIH, la tuberculosis y otras enfermedades. Emplearemos los avances de la ciencia, la tecnología y la comunicación para impulsar este objetivo.

5. Crear y acelerar una respuesta adecuada a las necesidades locales.

Desarrollaremos y promoveremos servicios innovadores, seguros, accesibles, equitativos y libres de estigma y discriminación. Fomentaremos e impulsaremos la participación y el liderazgo de la comunidad para incrementar la demanda y para prestar servicios que respondan a las necesidades locales.

6. Movilizar recursos para la salud pública y el desarrollo integrados.

Invertir juntos en la respuesta al sida, mostrando un compromiso firme con la salud pública, es una inversión sólida en el futuro de nuestras ciudades que fomenta la productividad, la prosperidad compartida y el bienestar. Adaptaremos los recursos y los planes de nuestras ciudades para ofrecer una respuesta acelerada.

Ayuntamiento de Sevilla

Desarrollaremos un mecanismo de financiación innovador y movilizaremos recursos y estrategias adicionales para poner fin a la epidemia de sida para 2030.

7. Unimos como líderes.

Nos comprometemos a elaborar un plan de acción y a unimos en una red de ciudades con objeto de hacer realidad la presente Declaración. Trabajaremos en amplia consulta con todas las partes interesadas y analizaremos periódicamente los resultados a fin de ajustar nuestras respuestas para que sean más rápidas, inteligentes y eficaces. Apoyaremos a otras ciudades y compartiremos nuestras experiencias, conocimientos e información sobre los aspectos que funcionan y los que se pueden mejorar. Informaremos anualmente sobre nuestros progresos.

En Sevilla, a 24 de mayo de 2018



Juan Espadas Cejas
Alcalde de Sevilla

ANEXO II: Actuaciones desarrolladas y servicios prestados por las entidades sociales y la universidad en Sevilla

Entidad	Actuaciones y Servicios
<p>ADHARA www.adharasevilla.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Prevención y diagnóstico precoz del VIH en población vulnerable . Counselling y acompañamiento al SSPA . Prueba Rápida de VIH, Sífilis, Hepatitis C . Sevilla Checkpoint (PCR cualitativa de VIH, PCR Neisseria Gonorrhoeae y de Chlamydia Trachomatis) . Atención a Inmigrantes: Promoción de la salud y prevención del VIH . Atención informativa a personas trabajadoras del sexo . Intervención en instituciones penitenciarias . Atención/educación de pares en contexto Hospitalarios y en sede . Grupos de auto-ayuda a HSH, parejas heterosexuales, parejas serodiscordantes . Ciber educador a través de redes sociales . Atención psicológica . Realización de talleres/formación para personas con VIH . Reparto de material preventivo . Visitas a clubs y saunas masculinas . Atención telefónica personalizada . Desarrollo asociativo y voluntariado
<p>ANTARIS www.centroantaris.org</p>	<p>Cuenta con tres Centros: Centro de Encuentro y Acogida, Centro Ambulatorio, Centro de Día.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atención integral a las adicciones a través de itinerarios personalizados de intervención con profesionales en materia de: Psicología, Trabajo Social, Educación Social, Medicina y Administración . Atención a personas inmigrantes, sin hogar, y drogodependientes (incluida vía parenteral) . Desde el Centro de Encuentro y Acogida se coordina el Programa de Prevención de VIH que incluye: <ul style="list-style-type: none"> . Talleres de sexualidad (identificación de situaciones de riesgo- prostitución) . Intercambio de jeringuillas . Intervenciones individuales en reducción del daño por salud . Intervenciones individuales en reducción del daño en sexualidad . Reparto de preservativos masculinos y femeninos . Test de diagnóstico precoz de VIH . Gestiones sanitarias en general y relacionadas con el estado serológico VIH /ITS . Seguimiento farmacológico VIH y otras ITS . Gestiones de documentación personal . Servicio de alimentación, higiene y lavandería . Atención a las personas con VIH . Actividades educativo-preventivo y asistencial . Coordinación con los servicios públicos y otras entidades
<p>ATENEA www.fundacionatenea.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Prevención y diagnóstico precoz del VIH en población vulnerable . Counselling y acompañamiento al SSPA . Priorización en actuaciones sobre personas en riesgo social evitando el estigma . Inclusión social, aumento de la autonomía y creación de oportunidades . Trabajo desde la perspectiva de género igualdad sexual . Trabajo en red . Atención a personas consumidoras de drogas . Atención a personas con VIH . Atención a personas que ejercen la prostitución . Reparto de material preventivo . Atención a Inmigrantes, personas reclusas y ex-reclusas . Formación, consultoría, investigación, evaluación



<p>CÁRITAS www.caritas.es</p>	<p>Desde el Centro amigo se atiende a un número de personas en situación de exclusión social grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Valoración de demandas, acogida y acompañamiento . Atención e intervención : <ul style="list-style-type: none"> . Social . Médica . Psicológica . Educativa . Sensibilización social . Denuncia de situaciones de injusticia . Desarrollo del voluntariado . Programas de Cooperación (redes nacionales e internacionales)
<p>CRUZ ROJA SEVILLA www.cruzroja.es</p>	<p>Las Actividades se realizan en entorno socio familiar de los usuarios y se centran en:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Información . Orientación . Adherencia al tratamiento . Atención psicosocial individualizada . Talleres de prevención de VIH y otras ITS, especialmente dirigidos a personas vulnerables: <ul style="list-style-type: none"> . Ex-drogodependientes . Personas sin hogar . Mujeres en diferentes situaciones de vulnerabilidad . Familiares de afectados VIH . Inmigrantes . Trabajo con personas que ejercen la Prostitución . Derivación y coordinación para el diagnóstico precoz de VIH . Reparto de material preventivo . Desarrollo activo en torno al voluntariado.
<p>FEDERACIÓN LIBERACIÓN www.fliberacion.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Intervención sobre población reclusa . Información y herramientas que faciliten la adaptación de prácticas preventivas y disminución de prácticas de riesgo en relación al VIH y otras ITS . Sensibilización de la comunidad sobre los problemas de salud, estigma y discriminación en el medio penitenciario y oportunidades de mejora, mediante intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> . Grupales: Proporcionar información VIH /SIDA, ITS, Hepatitis, Tuberculosis. Información para la realización de las pruebas de detección rápida en grupos de riesgo. Motivación a la adherencia del tratamiento en personas seropositivas. . Individuales: Trabajo con personas específicas de especial riesgo de forma directa.
<p>FUNDACIÓN TRIÁNGULO www.fundaciontriangulo.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Prevención y diagnóstico precoz del VIH en población vulnerable . Couselling y acompañamiento al SSPA . Trabajo dirigido a población LGTB desarrollado desde diferentes áreas: salud, educación, cooperación, juventud y de la mujer . Atención a los Hombres en prostitución y en el desarrollo de programas para HSH . Trabajo de calle en zonas de encuentro de población HSH . Reparto de material preventivo . Asesoramiento desde las diferentes áreas en sede . Elaboración de las Revistas MJ y LSB . Proyecto educativo realizando y dando apoyo en charlas a Primaria, Secundaria y Universidad sobre temas LGTB (discriminación, bullying, estigma, homofobia, transexualidad) . Encuentros de familias LGTB . Creación del Festival de Cine Andalesgai (andalesgai.com) . Desarrollo asociativo y voluntariado . Programas de cooperación internacional
<p>LA LIGA ESPAÑOLA DE LA EDUCACIÓN www.ligaeducacion.org</p>	<p>Desde sus Programas de Orientación sobre la salud de los y las jóvenes realizan actividades para:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Educación afectivo-sexual . Métodos anticonceptivos y de emergencia. -Relaciones igualitarias . Sexualidad: prevención del VIH y otras ITS . Reparto de material preventivo (preservativos) . Derivación a recursos especializados . Orientación y asesoría para voluntariado y mediadores /as . Curso de formación para voluntariado y mediadores jóvenes . Campañas de sensibilización. . Actividades educativas en entidades, asociaciones, con profesorado y familias

<p>MÉDICOS DEL MUNDO www.medicosdelmundo.org</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Prevención y diagnóstico precoz del VIH en población vulnerable . Couselling y acompañamiento al SSPA . Prevención de la transmisión vertical en madres seropositivas . Atención a Inmigrantes: Programas de prevención, promoción, mediación, sensibilización, integración y atención socio sanitaria, así como de violencia de género con mujeres inmigrantes. . Atención a mujeres en prostitución y trata con fines de explotación sexual: identificación y derivación de mujeres víctimas . Trabajo de calle con unidad móvil . Reparto de material preventivo . Prevención y reducción del daño asociado al consumo de drogas y al ejercicio de la prostitución . Desarrollo asociativo y voluntariado . Asesoramiento trámites legales
<p>PROYECTO HOMBRE www.proyctohombre.es</p>	<p>Desde sus diferentes centros asistenciales hacen intervenciones con personas drogodependientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Programa de abordaje específico de VIH y sida . Detección, seguimiento y prevención de los problemas de salud secundarios al consumo de sustancias . Intervención Psicológica (contención emocional) . Mejora de la calidad de vida y disminución de la vulnerabilidad psicofísica . Sensibilización para la prevención y apoyo solidario de grupos de factores de riesgo
<p>SERVICIO DE SALUD. AYUNTAMIENTO DE SEVILLA</p>	<p>Los programas se concretan en los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Programa de Educación afectivo-sexual con jóvenes: <ul style="list-style-type: none"> . Taller de educación sexual para jóvenes . Taller de prevención del VIH para jóvenes . Programa de Educación afectivo-sexual para familias: <ul style="list-style-type: none"> . Taller "Pequeñas Inquietudes" . Taller "Grandes Inquietudes" . Programa de Educación afectivo-sexual para el profesorado <ul style="list-style-type: none"> . Educación infantil, educación primaria, educación especial . Educación secundaria . Programa de Educación Afectivo-sexual para personas con diversidad funcional "Yo también siento" . Programa de Promoción de la Salud con la Comunidad Universitaria . Programa de sexualidad para personas adultas: "Caminos hacia una sexualidad saludable" . Programa de sexualidad para personas mayores .Subvención .Material Preventivo .Campaña de sensibilización
<p>CONSEJERÍA DE SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Plan Andaluz frente al VIH/sida y otras ITS -SIVHIDA(registro de datos epidemiológicos) -Subvenciones Públicas -Material Preventivo -Programa de Diagnóstico Precoz en ámbito comunitario -Formación y sensibilización: <ul style="list-style-type: none"> Concurso de carteles y soportes alternativos "Contra el sida deja tu huella" "El rojo os sienta tan bien..."





