
PLA LOCAL D'ACCIÓ EN VIH/SIDA

2011 · 2015

Salut Pública

Ajuntament de Reus



AJUNTAMENT DE REUS

Pla local d'acció en VIH/Sida 2011-2015

Reus, febrer de 2011

Salut Pública, Ajuntament de Reus

Anàlisi i redacció

Sinèrgies, Recursos Comunitaris SCP

ÍNDEX

1. Introducció [5]

1.1. Justificació [6]

1.2. Marc normatiu i competencial [8]

1.3. Desenvolupament metodològic [10]

1.4. Estructura del document i continguts [13]

2. Diagnosi [15]

2.1. Introducció: dades, fonts i estructura de la diagnosi [16]

2.1.1. Dades objectives: fonts i tractament [17]

2.1.2. Dades subjectives: participants i metodologia [21]

2.1.3. Estructura de la diagnosi [24]

2.2. Contextualització [25]

2.2.1. Anàlisi de dades epidemiològiques [25]

2.2.1.1 Anàlisi en relació al VIH [26]

2.2.1.2 Anàlisi en relació a la Sida [43]

2.2.2 Anàlisi general de serveis i recursos [60]

2.3. Diagnosi per àmbits [68]

2.3.1 Àmbit de la prevenció [68]

2.3.2 Àmbit de la detecció [79]

2.3.3 Àmbit del tractament [84]

2.3.4 Àmbit de la inserció [88]

2.3.5 Àmbit transversal [92]

3. Síntesi de la diagnosi [95]

3.1. Contextualització [96]

3.1.1. Epidemiologia [96]

3.1.2. Serveis i recursos [104]

3.2. Diagnosi per àmbits [106]

- 3.2.1. Àmbit de la prevenció [107]
- 3.2.2. Àmbit de la detecció [113]
- 3.2.3. Àmbit del tractament [115]
- 3.2.4. Àmbit de la inserció [117]
- 3.2.5. Àmbit transversal [119]

4. Planificació [121]

4.1. Introducció: metodologia i estructura de la planificació [122]

- 4.1.1. Metodologia i participants [122]
- 4.1.2. Estructura de la planificació [124]

4.2. Principis que regeixen la planificació [126]

4.3. Objectius i accions per línies d'actuació i àmbits [128]

- 4.3.1. Àmbit de la prevenció [128]
- 4.3.2. Àmbit de la detecció [136]
- 4.3.3. Àmbit del tractament [138]
- 4.3.4. Àmbit de la inserció [140]
- 4.3.5. Àmbit transversal [142]

4.4. Objectius segons prioritat [144]

5. Proposta de desenvolupament [149]

5.1. Implementació del Pla [150]

5.2. Programació de les accions [151]

5.3. Avaluació de la implementació [152]

5.4. Seguiment participatiu [154]

6. Bibliografia i webgrafia [155]

Annex I: Buidatge enquesta Joves i Sida [159]

Annex II: Relació de participants [171]

1. INTRODUCCIÓ

1.1 Justificació

Passats més de 20 anys des del diagnòstic del primer cas de VIH a l'Estat espanyol, el VIH/Sida ha estat i continua sent un dels principals problemes de salut pública dels darrers temps. Per la seva magnitud i extensió la pandèmia ha comportat un important impacte demogràfic, fet però que s'ha anat reduint en els últims anys gràcies a la progressiva implementació d'intervencions preventives i a la introducció dels tractaments antiretrovirals combinats, allargant així la supervivència i la qualitat de vida de les persones afectades.

Actualment la problemàtica del VIH/Sida desborda l'àmbit estrictament sanitari amb nombroses implicacions d'altra naturalesa; problemes psicològics, emocionals i d'adaptació o exclusió social per a les persones afectades i el seu entorn. És per això que calen accions decidides, sostingudes i efectives per capgirar aquesta situació.

Pla local d'acció en VIH/Sida

Durant l'últim trimestre de l'any 2010 va iniciar-se la elaboració del Pla local d'acció en VIH/Sida a petició de Salut Pública de l'Ajuntament de Reus, com a marc per dur a terme polítiques per a l'abordatge integral de la infecció pel VIH/Sida durant els propers anys.

D'aquesta manera, el Pla dona continuïtat a tot el treball desenvolupat per part dels agents municipals implicats i a la voluntat de concretar territorialment un model d'intervenció local en VIH/Sida, voluntat recollida en el marc del Pla de Salut Pública de la ciutat de Reus¹. Així doncs, els objectius generals del present Pla són:

- Diagnosticar l'estat del municipi pel que fa al VIH/Sida.
- Plantejar línies d'actuació que permetin donar resposta a les necessitats i problemàtiques específiques recollides.

¹ Vegeu punt 1.2 *Marc normatiu i competencial*

D'aquesta manera s'ha volgut crear un document amb la voluntat que esdevingui una eina útil de treball transformadora, transversal i integradora, adaptada a l'entorn i a les seves pròpies demandes.

1.2 Marc normatiu i competencial

A continuació fem una aproximació als textos legals que afecten al tema que ens ocupa:

1. La **Constitució espanyola**, en els articles 14 i 43, disposa que correspon als poders públics promoure les condicions perquè la llibertat i la igualtat de les persones sigui real i efectiva, consagra el principi d'igualtat i no discriminació i reconeix el dret a la protecció de la salut.
2. L'article 23 del nou **Estatut d'Autonomia de Catalunya**, aprovat en referèndum el 18 de juny de 2006, disposa, igualment, que totes les persones tenen dret a accedir en condicions d'igualtat i gratuïtat als serveis sanitaris de responsabilitat pública, en els termes que estableixen les lleis. D'altra banda, totes les persones tenen dret a ésser informades sobre els serveis a què poden accedir i els requisits necessaris per a usar-los; sobre els tractaments mèdics i llurs riscos; a donar el consentiment per a qualsevol intervenció; a accedir a la història clínica pròpia, i a la confidencialitat de les dades relatives a la salut pròpia, en els termes que estableixen les lleis.
3. El govern català a través del **Decret 38/2006**, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut, detalla la col·laboració entre administracions territorials per assolir la millora de l'atenció en l'àmbit de la salut, i té en compte la participació activa de tots els agents socials del territori en el disseny i la provisió de serveis de salut.
4. El **Pla de Salut de Catalunya (PdS) 2007-2010**, marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut en el territori català, aborda el tema de les infeccions pel VIH i la Sida dins l'eix 3. El PdS té en compte la cooperació intersectorial com una de les estratègies per fer efectives les polítiques de salut, atorgant a les entitats comarcals i locals un important paper i reconeixent que la participació comunitària s'ha de portar a terme fonamentalment a través d'aquestes institucions.
5. D'altra banda la **Llei 18/2009** de salut pública, detalla l'organització dels serveis de salut pública i estableix els serveis dels ens locals en aquesta matèria. En aquest text es

defineix la salut pública com el conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat per a protegir i promoure la salut de les persones, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut pública.

6. Finalment el **Pla de Salut Pública de la Ciutat de Reus**, aprovat pel Ple municipal l'any 2010, articula una sèrie de línies estratègiques a partir dels resultats obtinguts en una diagnosi prèvia. En aquest sentit, una de les accions derivades de l'eix 3 - augmentar l'eficàcia i l'eficiència de les actuacions en salut pública a la ciutat de Reus - és el desenvolupament d'un pla municipal en matèria de Sida.

1.3 Desenvolupament metodològic

Des dels inicis del projecte, Salut Pública ha apostat per treballar el Pla local d'acció en VIH/Sida de manera participativa amb els professionals vinculats a l'àmbit i els agents socials del territori. Aquesta voluntat ha orientat el desenvolupament del Pla, incorporant-hi mètodes i tècniques de treball participatiu, fet que ha resultat clarament positiu per arribar a assolir un bon potencial d'implicació dels diferents agents i una clara intenció de transformació de la realitat.

D'aquesta manera hem pogut compartir visions sobre la realitat quotidiana i produir consensos des de la reflexió col·lectiva per poder passar dels símptomes que manifesten els diferents actors a les problemàtiques de fons, és a dir, els reptes estructurals que s'hi amaguen darrera.

La Investigació-Acció-Participativa (IAP)

L'enfocament de la denominada Investigació-Acció-Participativa (IAP) permet desenvolupar una anàlisi participativa on els actors implicats es converteixen en els protagonistes del procés de construcció del coneixement de la realitat sobre l'objecte d'estudi, en la detecció de problemes i necessitats i en l'elaboració de propostes i solucions.

Per tal de detectar aquestes demandes reals relacionades amb l'objecte d'estudi i concretar en propostes d'acció ajustades a necessitats sentides, es desenvolupa un procés d'investigació que apunta a la transformació mitjançant el treball amb col·lectius amb sensibilitats o interessos comuns, la qual cosa facilita una mobilització cap a la implicació que afavoreix la creativitat social en benefici de tota la comunitat local.

El coneixement de la realitat es construeix progressivament en un procés participatiu en el qual els actors implicats "tenen la paraula", i d'aquesta manera es creen les condicions que faciliten espais de reflexió, programació i acció social relacionats amb els problemes que planteja l'objecte d'estudi.

Per crear aquestes condicions necessàries s'aplica un procediment d'investigació rigorós que proposa intervenir de manera integral i integradora en el territori, on la participació ciutadana és l'eix articulador bàsic. Aquest procediment persegueix l'elaboració d'un coneixement sobre l'objecte d'estudi que sigui útil socialment i que permeti la implementació de plans d'acció integral.

En definitiva doncs, la IAP propicia la deliberació com a mecanisme per a crear processos on els subjectes afectats aportin, després de la reflexió, solucions als seus problemes.

Desenvolupament del procés d'Investigació-Acció-Participativa

El desenvolupament metodològic de la IAP per a l'estudi d'un fet social incideix en tres dimensions²:

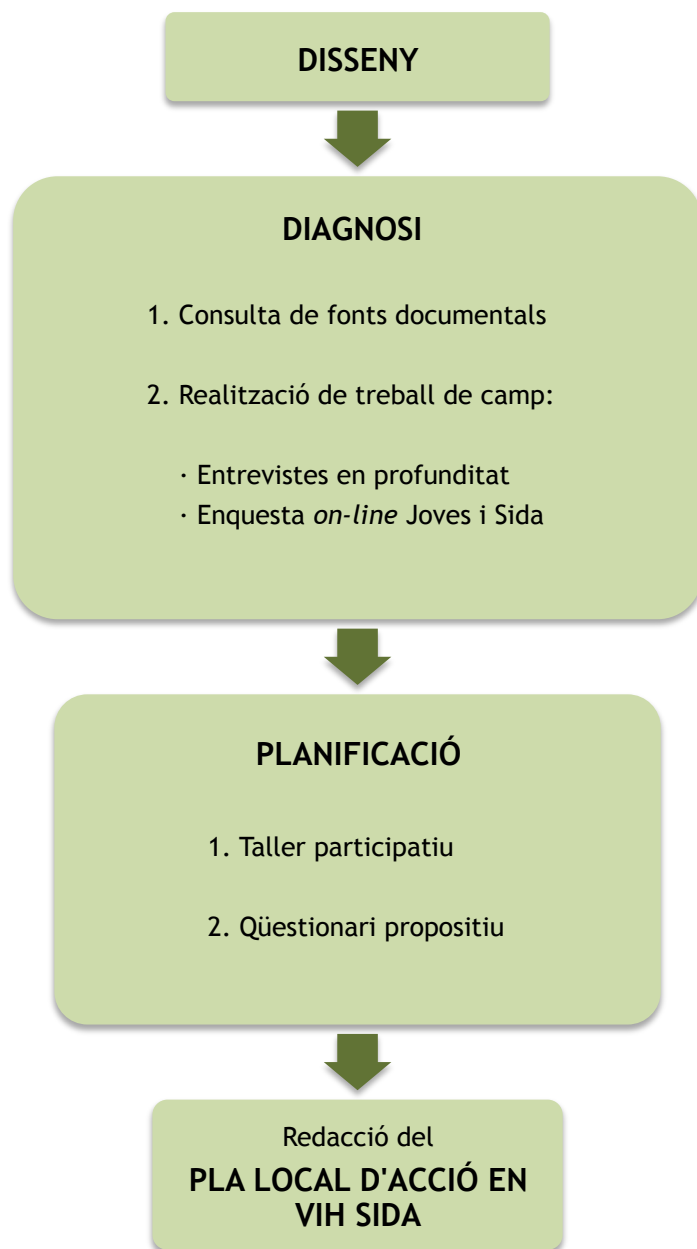
- **Dimensió referencial:** Suposa l'estudi del fet social, d'aquells elements que en són objectivables (*què és el que hi ha?*).
- **Dimensió reflexiva:** Suposa conèixer i interpretar el significat que li atribueixen els agents (*com ho veiem?*).
- **Dimensió performativa:** Suposa donar a conèixer l'estudi de les dues dimensions anteriors per trobar línies d'actuació que ens ajudin a afrontar-ho (*què hi podem fer?*).

Les dimensions referencial i reflexiva es treballen durant la fase de diagnòstic a través de diferents tècniques participatives. Aquesta etapa és bàsicament expansiva, busca mobilitzar, implicar més actors, introduir més punts de vista al debat i fomentar la reflexió.

La dimensió performativa es treballa durant la fase de planificació a través del consens de línies d'actuació. Aquest cicle és principalment de tancament, es busca la concreció, l'adequació a la realitat i la decisió (i requereix moltes vegades processos de negociació i consens).

Pel que fa al Pla local d'acció en VIH/Sida, el procés d'elaboració s'ha estructurat metodològicament de la següent manera:

² MARTÍ, Joel i REBOLLO, Oscar. *Eines per a la participació ciutadana. Participació ciutadana: bases, mètodes i tècniques (versió actualitzada)*. Barcelona, Diputació de Barcelona, 2007.



1.4 Estructura del document i continguts

A continuació exposem breument l'estructura del document i els continguts que s'hi recullen, en base als seus grans apartats. A la introducció de cada un dels apartats es presentarà de manera similar el referent a l'estructura i continguts dels mateixos.

1. **Introducció:** presentació dels aspectes introductoris del Pla (justificació, marcs normatius referencials i desenvolupament metodològic).
2. **Diagnosi:** presentació de tot el referent a l'anàlisi de la realitat local pel que fa al VIH/Sida.
3. **Síntesi de la diagnosi:** exposició sintètica dels resultats i conclusions de la diagnosi, per tal de respondre a la necessitat de presentar-la en un format més breu i accessible.
4. **Planificació:** presentació de tot el referent a la proposta d'acció local en l'àmbit del VIH/Sida.
5. **Proposta de desenvolupament:** presentació de les orientacions per a la implementació i el seguiment del pla i de les seves actuacions.
6. **Bibliografia i webgrafia:** recull de fonts documentals utilitzades al llarg de l'anàlisi.

ANNEX I: Buidatge dels resultats de l'enquesta Joves i Sida.

ANNEX II: Relació de participants

2. DIAGNOSI

Presentem en aquest apartat tota la informació referent a la fase de diagnosi del procés d'elaboració del Pla.

La diagnosi té per objectiu fer una anàlisi de la realitat actual pel que fa a la situació del VIH/Sida a nivell local. Els resultats d'aquesta anàlisi seran el punt de partida necessari per a la posterior planificació de l'acció.

Ens disposem doncs a presentar aquests resultats, prèvia introducció de les fonts i metodologia utilitzades per a realitzar aquesta tasca, l'estructura escollida per a presentar-la.

2.1 Introducció: Dades, fonts i estructura de la diagnosi

La diagnosi és una fase d'anàlisi complexa que parteix de la recollida i tractament de dades i aportacions que poden ajudar a explicar la situació actual del municipi en relació a la problemàtica del VIH. En aquest sentit, s'han recollit i tractat dues grans tipologies de dades i informacions (les fonts i tractament de les quals seran objecte d'aquesta introducció):

- **Objectives:** aquelles que ens permeten conèixer la realitat del marc en que s'ha de desenvolupar el Pla, i contextualitzar així la tasca de planificació i acció que se'n derivi. En aquest sentit, ens permeten analitzar el context en el qual s'ha de dur a terme l'acció municipal, caracteritzat per una determinada epidemiologia i una sèrie de serveis i recursos que actuen en l'àmbit del VIH/Sida.
- **Subjectives:** aquelles que ens permeten interpretar les anteriors i que ens proveeixen de discursos vinculats a diversos punts de vista envers la temàtica. Anomenem dades subjectives aquelles que, gràcies a la participació d'informants clau (a través d'entrevistes i enquestes de diagnosi) i la consulta de documentació específica, ens aporten visions i argumentacions entorn a la temàtica, que enriqueixen i doten de contingut l'anàlisi, i apunten possibles explicacions de la realitat.



2.1.1 Dades objectives: fonts i tractament

Les dades objectives recollides i tractades en aquesta diagnosi fan referència als dos aspectes que defineixen el marc d'actuació del Pla, epidemiologia i serveis i recursos. Els tractem a continuació de forma diferenciada també pel que fa a les fonts de la recollida de dades i el seu tractament. L'anàlisi d'aquestes i el seus resultats es presentaran en el punt 2.2 *Contextualització*.

Epidemiologia

Per tal de presentar l'anàlisi epidemiològica s'han tractat estadísticament les dades disponibles en relació al VIH i en relació a la Sida. Aquestes dades s'han recollit a través de les fonts que presentem a continuació, en funció de l'àmbit territorial al que fan referència, i acompanyades d'alguns comentaris i observacions respecte les mateixes.

- **General:** Les dades sobre les persones adscrites a cada Regió Sanitària s'han obtingut de la memòria 2009 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (curiosament en la memòria 2009 hi ha la població adscrita del 2010, així cal pensar que no hi trobarem tots els nascuts durant el 2010, però sí que hi seran totes les defuncions del 2010).
- **Catalunya:** Les dades sobre Catalunya s'han extret del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEESCAT)/ Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya/ Institut Català d'Oncologia:
 - En relació al VIH: *Informe semestral del sistema de declaració voluntària dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH*, 17/06/2010 (aporta informació del 2001 al 2009 - obviem el primer semestre de 2010 -).

- En relació a la Sida: *Informe semestral del registre de casos de Sida a Catalunya*, 5/07/2010 (aporta informació agrupada del 1985 al 2009 - obviem el primer semestre de 2010 -).
- **Reus:** Les dades de Reus ens les ha facilitat l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR):
 - En relació al VIH: taula de dades amb el número de persones diagnosticades cada any, l'edat en que han estat diagnosticades, el gènere i el grup de transmissió, i dues variables més - casos que han entrat en tractament, immigrants entre els casos - (aporta informació del 2003 al 2010).

Aquestes dades han comportat una acurada tasca de neteja, ja que tot i contenir la mateixa informació, aquesta no seguia un criteri únic per tots els anys - per exemple, els grups de transmissió eren heterogenis i per tant s'han agrupat en uns mateixos conceptes per tots els anys -. Cal tenir en compte que són dades referents a l'activitat de l'HUSJR, i que contenen doncs casos de Reus i del seu radi d'acció (zona capitativa).

- **Regió sanitària de Tarragona:** Les dades sobre Catalunya s'han extret del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEESCAT)/ Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya/ Institut Català d'Oncologia:
 - En relació a la Sida: *Informe semestral del registre de casos de Sida a Catalunya*, 5/07/2010 (aporta informació agrupada del 1985 al 2009 - obviem el primer semestre de 2010 -).

Apuntem a continuació els plantejaments adoptats en relació a l'anàlisi, d'acord amb algunes limitacions pel que fa a les dades disponibles i les possibilitats de tractament conjunt de les mateixes per tal de comparar-les:

- **Disponibilitat de dades:** L'àmbit territorial d'actuació del Pla és el local, i per tant l'objectiu és el d'analitzar la realitat en relació al VIH/Sida en l'àmbit més pròxim i immediat possible a aquest, així com posar-lo en relació a la realitat del conjunt de Catalunya. En el cas del VIH l'anàlisi de la realitat local ha estat possible gràcies a la disponibilitat de les dades ja citades, facilitades per l'HUSJR. En el cas de la Sida, les dades en relació a la Regió Sanitària de Tarragona suposen l'entorn més immediat amb disponibilitat de dades, i és a partir d'aquestes que s'articula l'anàlisi.
- **Anàlisi comparatiu:** El fet d'obtenir informació de diferents períodes (en alguns casos agrupada) per als diversos àmbits territorials, ha suposat un límit a l'hora de realitzar un tractament de dades dirigit a obtenir resultats comparatius. En aquest sentit, no s'han pogut realitzar comparatives territorials de les variables referents a diversos aspectes (grups de transmissió, edat al ser diagnosticat,...) però sí que s'han pogut realitzar comparatives de la diversa evolució d'alguns aspectes més generals (casos nous i gènere, morts i prevalença) vinculats a la incidència en els diversos territoris. Aquestes són especialment rellevants i significatives davant la voluntat de posar en relació la situació de Reus (VIH) i el seu entorn més immediat amb dades disponibles, és a dir, la Regió Sanitària de Tarragona (Sida) i el conjunt de Catalunya.

Un cop exposades les limitacions i problemàtiques que se'ns han fet pal·leses a l'hora de realitzar l'anàlisi, i essent conscients de les mateixes alhora que s'han intentat superar de la millor manera possible, cal atorgar validesa a la mateixa i als seus resultats (*2.1.1 Anàlisi de dades epidemiològiques*).

Serveis i recursos

Les dades referents als serveis i recursos s'han obtingut a través dels representants dels propis serveis i recursos, al llarg del desenvolupament del treball de camp. A través de diversos qüestionaris s'ha recollit l'acció que aquests serveis i recursos duen a terme en dos nivells de concreció: el referent al servei o recurs en el seu conjunt, i el referent a cada una de les diverses actuacions que aquests duen a terme.

En relació a aquests dos nivells s'han recollit tan dades quantitatives per poder percebre el volum de l'acció duta a terme (agents que hi intervenen, número i periodicitat de les intervencions,

destinatari i/o beneficiari,...), com informacions qualitatives referents al caràcter i naturalesa de l'acció.

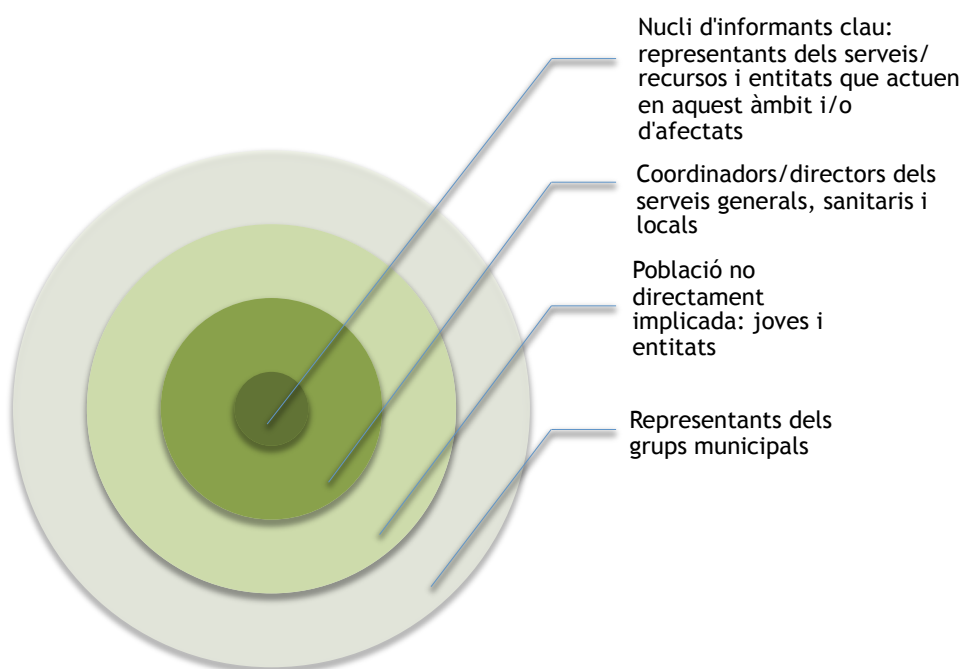
El tractament conjunt d'aquestes dades quantitatives presenta una lògica limitació lligada a la diversa naturalesa de les actuacions que es duen a terme en VIH/Sida. Així, resulta evident que no es poden obtenir resultats vàlids o rellevants de comparar, per exemple, la freqüència anual d'actuacions preventives (tallers en centres escolars) amb la freqüència anual d'actuacions de tractament (visites que realitza un metge en una jornada), o fins i tot de comparar les freqüències anuals d'actuacions que es duen a terme en el si d'un mateix àmbit (intercanvis de xeringues i tallers en centres escolars per exemple, si parlem de prevenció). En aquest mateix sentit, un nou exemple d'aquesta limitació, ara en relació als beneficiaris de les actuacions, és el fet que en base a les dades obtingudes puguem quantificar la freqüència d'una actuació però no podem saber en moltes ocasions si aquesta es duu a terme en benefici de diferents individus cada vegada, o de forma reiterada en pocs individus (per la qual cosa no presentarem resultats derivats del tractament d'aquestes dades).

No obstant, el tractament conjunt de les dades quantitatives en relació a serveis i actuacions, si que ens poden oferir resultats significatius a l'hora d'observar diversos aspectes generals com el pes específic dels diversos àmbits en l'acció dels serveis, els recursos humans amb els que es compta per a dur-la a terme, i d'altres que apuntarem en la presentació d'aquesta anàlisi i els seus resultats (2.2.2 *Anàlisi de serveis i recursos*). Així, si bé ens hem d'agafar aquests resultats amb les reserves necessàries i sense poder-los atribuir una validesa total, si que creiem adequat de tenir-los en compte a l'hora d'obtenir un retrat a grans trets de l'acció que es desenvolupa en relació al VIH/Sida a nivell local.

2.1.2 Dades subjectives: Participants i metodologia

Les percepcions, opinions i valoracions dels informants claus i altres persones que han participat en la diagnosi, així com - si bé en menor mesura - les recollides a través de la consulta de documentació i altres recursos específics sobre la temàtica del VIH³, fan de la la participació un element indispensable en el plantejament de la diagnosi que presenta aquest Pla.

A continuació es detalla el referent al treball de camp que ha fet possible aquesta participació: una relació dels participants en base al seu grau d'implicació amb la temàtica (llegenda corresponent a la representació gràfica d'aquest grau d'implicació) introduïts en base a la metodologia utilitzada per vehicular la seva participació. El resultat del tractament i posada en comú d'aquestes aportacions constitueix el lògic gruix de continguts d'aquesta diagnosi que es presenta al punt 2.3 *Diagnosi per àmbits*.



- Participació a través d'**entrevistes individuals**: Participació recollida a través de qüestionaris de diagnosi que recullen aspectes positius i negatius percebuts en relació a cada àmbit d'actuació (el codi de color de la primera columna ubica el participant en relació a la gràfica anterior).

³ Vegeu punt 6. *Bibliografia i webgrafia*

	Tècnica de salut - Salut Pública Ajuntament de Reus
	Tècnica prevenció de drogodependències - Salut Pública Ajuntament de Reus
	Directora Servei de Drogodependències Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA) i Pla d'accions sobre drogues
	Afectat i director d'Aids-Quth, Grup de suport a afectats per la Sida
	Educadora social - La Illeta, centre de dia i activitats
	Infermera Hospital de Dia - Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA)
	Treballadora social/ tècnica terapeuta sexual - Salut Pública Ajuntament de Reus
	Antropòleg - Servei de Drogodependències/intervenció comunitària Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA)
	Representant d'ARSU - Associació Reus Som Útils
	Vocal Junta de Govern - Col·legi Oficial de Farmacèutics de la província de Tarragona
	Coordinadora educativa - Granja Escola Castelló/ AEC Gris
	Metge adjunt Servei medicina interna - Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA)
	Metgessa de família Consultori Sant Josep Obrer - Àrea Bàsica Reus IV (Institut Català de la Salut)
	Tècnic de salut - H2O Col·lectiu gai, lesbiana, bisexual i transexual del camp de Tarragona
	Tècnica de salut - Consell Comarcal del Baix Camp i Oficina Jove Regidoria Joventut Ajuntament de Reus
	Directora Servei d'atenció primària Reus-Altebrat (Institut Català de la Salut)
	Coordinadora de Serveis Socials - Benestar Ajuntament de Reus
	Director Servei Regional al camp de Tarragona - Agència de Protecció de la Salut (Generalitat de Catalunya)
	Coordinador Àrea Bàsica Reus V - Marià Fortuny (SAGESSA)
	President de la Federació d'Associacions de Veïns de Reus (FAVR)
	Representant del grup municipal PP (Partit Popular de Catalunya)
	Representant del grup municipal PSC (Partit Socialista de Catalunya)
	Representant del grup municipal CIU (Convergència i Unió)
	Representant del grup municipal ICV (Iniciativa per Catalunya-Verds) - EuiA (Esquerra Unida i Alternativa)
	Representant del grup municipal ERC (Esquerra Republicana de Catalunya)
	Representant del grup municipal CORI (Coordinadora Reusenca Independent)

Vegeu el mateix llistat amb el nom dels participants a l'Annex II: *Relació de participants*.

- **Participació a través d'enquestes individuals i anònimes (Enquesta Joves i Sida):**
Participació recollida a través d'enquestes individuals i anònimes, arrel de la petició expressa per part de Salut Pública de recollir la participació d'alguns col·lectius de joves beneficiaris de diversos programes de Serveis Socials de l'Ajuntament de Reus (escollits per criteri tècnic del propi servei), als quals s'afegeixen els representants que així ho desitgen de les entitats juvenils registrades al cens de la Regidoria de Joventut de l'Ajuntament de Reus. En aquesta enquesta es recullen aspectes vinculats a les pràctiques dels joves (d'aquí el necessari anonimat), la seva percepció del risc de transmissió del VIH, el seu coneixement de les accions preventives i de detecció,...

Participants a l'activitat conjunta amb Associació de Joves Gitanos Nebó Caló, que es realitza al barri Sant Josep Obrer
Participants de l'Institut Tapiró en el projecte d'Atenció integral als menors i les seves famílies en escoles i Instituts públics de Reus
Participants en el projecte Convivència i participació, que es desenvolupa en col·laboració amb el Pla Transversal d'immigració i la Regidoria d'esports al districte V
Participants en el projecte esportiu per als joves del districte II de Serveis Socials (inscrit en l'àmbit del Pla de Barris dels barris Immaculada i Sol i Vista)
Representants de les entitats juvenils registrades al cens de la Regidoria de Joventut de l'Ajuntament de Reus que han respòs a la demanda de participació (enviament telemàtic)

2.1.3 Estructura de la diagnosi

Els continguts i resultats de la diagnosi es recullen en dos grans apartats, que ja hem avançat i que concretem a continuació:

- **2.2 Contextualització:** anàlisi del context en el qual s'emmarca el Pla, caracteritzat per una determinada epidemiologia (2.2.1) i una sèrie de serveis i recursos que actuen en l'àmbit del VIH/Sida (2.2.2).
- **2.3 Diagnosi per àmbits:** gruix de la diagnosi que conté l'anàlisi exhaustiva per a cada àmbit d'actuació, en base al context presentat i recollint de forma conjunta i cohesionada aquelles aportacions i argumentacions obtingudes del tractament de dades subjectives apuntades.

Es dotarà aquest document d'una síntesi degudament sistematitzada de tota aquesta diagnosi en el punt *3. Síntesi de la diagnosi*, donant resposta a la necessitat de presentar a mode de conclusió, en un format més breu i accessible, aquests continguts.

2.2 Contextualització

A continuació analitzem el context en el qual s'emmarca el Pla. Aquest està caracteritzat per una determinada epidemiologia, i una sèrie de serveis i recursos que actuen en VIH/Sida. Ambdós aspectes vertebraran aquesta contextualització.

2.2.1 Anàlisi de dades epidemiològiques

Presentem en aquest punt l'anàlisi estadística de dades epidemiològiques en relació al VIH i la Sida. Conèixer la realitat sobre la qual vol es incidir és indispensable de cara a acomplir adequadament l'objectiu d'un pla local, que no és altre que planificar l'acció local envers una determinada temàtica. En aquest sentit, l'anàlisi epidemiològica és un necessari punt de partida de la diagnosi que presentem, en relació a diversos àmbits en relació als quals abordarem la diagnosi.

L'anàlisi estadística de les diverses dades epidemiològiques obtingudes⁴ s'estructura en dos grans blocs, el referent al nous casos de VIH i el referent a la incidència (casos nous, mortalitat, prevalença) de la Sida. En ambdós casos partim del nivell territorial més elevat que creiem metodològicament interessant tenir en compte (el conjunt de Catalunya), per després analitzar la situació en l'àmbit més proper al marc d'actuació del Pla en relació al qual disposem de dades (Reus en el cas del VIH, Regió Sanitària de Tarragona en el cas de la Sida). L'exposició dona prioritat a les gràfiques, acompanyades de breus comentaris explicatius, i en acabar l'anàlisi de cada nivell territorial es recull un resum dels mateixos. Per acabar cada un dels dos blocs, realitzem una anàlisi comparativa entre els nivells per confrontar la seva evolució, recollint de nou un resum de la mateixa al final de l'anàlisi. Les conclusions del conjunt de l'anàlisi es recullen al punt 3. *Síntesi de la diagnosi (3.1.1 Epidemiologia)*.

Tot i que, com és lògic, tractem en aquests dos blocs de forma separada els casos de VIH i els casos de Sida (al tractar-se de dades referents a diferents estadis d'evolució de la infecció), cal avançar que ens aportaran informacions diferents envers una mateixa visió de la problemàtica del

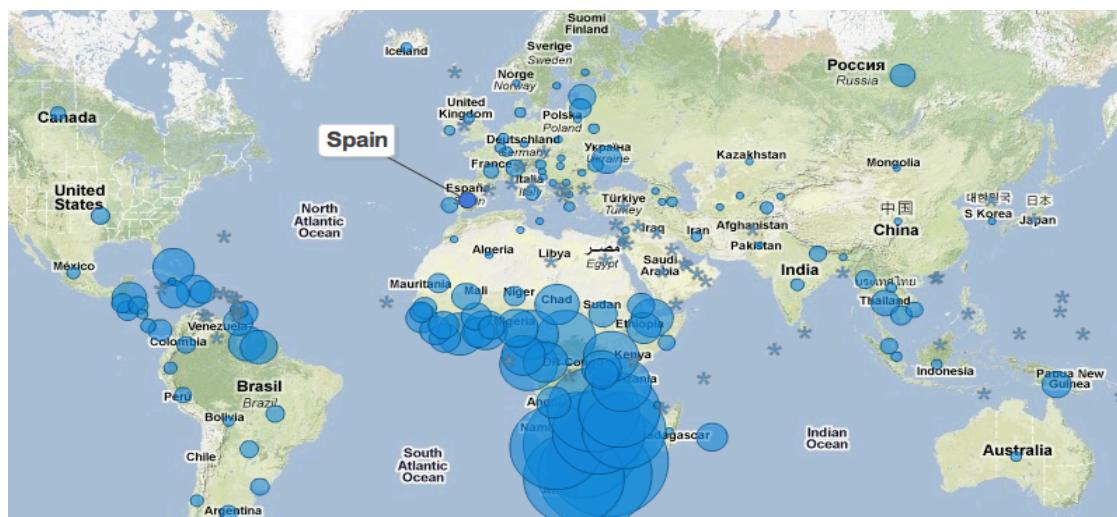
⁴ Sobre fonts i tractament d'aquestes dades, vegeu punt 2.1.1 *Dades objectives: fonts i tractament*

VIH/Sida en el seu conjunt: L'anàlisi en relació al VIH ens permetrà analitzar els nous casos detectats al llarg de l'última dècada, mentre que l'anàlisi en relació a Sida ens donarà una perspectiva més àmplia de l'incidència epidemiològica des de mitjans dels anys 80. Així, tot i parlar de casos de contagi del virus per un banda i dels estadis avançats de la infecció per l'altra, el fet de visualitzar conjuntament (posteriorment, en la diagnosi per àmbits que seguirà l'anàlisi epidemiològica) ambdós vessants, ens ajudarà a identificar els canvis que s'han produït envers l'impacte de la problemàtica del VIH a la nostra societat.

2.2.1.1 Anàlisi en relació al VIH

Abans d'iniciar l'anàlisi i només a mode d'introducció, presentem una gràfica que mostra la situació epidemiològica mundial en relació al VIH en base a les prevalències (percentatge de població afectada amb el VIH entre 15 i 49 anys) estatals.

Figura 1: Situació epidemiològica mundial en relació al VIH



Font: Google public data explorer (Geocentre Consulting, MapLink, Tele Atlas, Whereis, Sensis Pty Ltd)

L'anàlisi que presentem a continuació fa referència als nous casos detectats de VIH a Catalunya, i a l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR). Compararem també l'evolució anual dels mateixos en un i altre territori.

Cal apuntar que l'anàlisi es fonamenta en aquells nous casos detectats (i declarats), i que per tant no comptabilitzen possibles nous casos no declarats o ignorats pels afectats, dels quals evidentment no se'n pot tenir constància. Els resultats en relació als mateixos seran bàsics de cara a la diagnosi corresponent a l'àmbit de la prevenció.

Catalunya (període 2001-2009)

A Catalunya actualment hi ha més de 7,5 milions d'habitants distribuïts segons les Regions Sanitàries (RS) catalanes, amb la majoria de la població adscrita a la RS de Barcelona (67%).

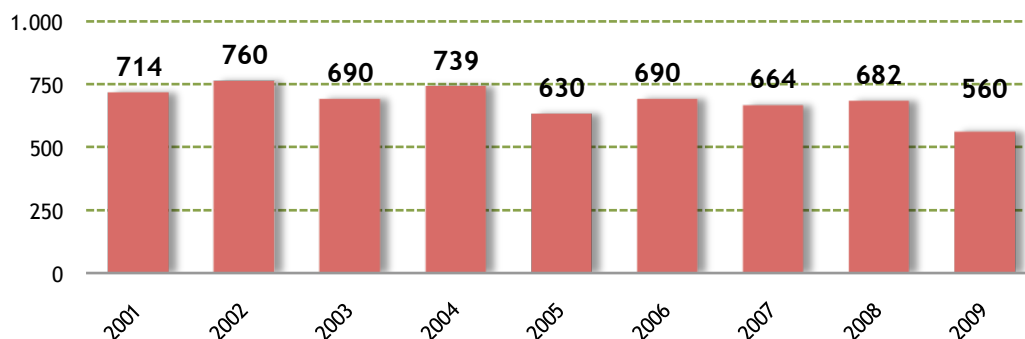
Figura 2: Població de referència del 2010 per Regions Sanitàries.

Regió Sanitària	Població de referència	
Alt Pirineu i Aran	69.977	0,9%
Lleida	268.549	3,6%
Camp de Tarragona	593.241	7,9%
Terres de l'Ebre	190.241	2,5%
Girona	844.942	11,2%
Catalunya Central	516.857	6,8%
Barcelona	5.063.118	67,1%
Total població	7.546.925	100%

Font: Generalitat de Catalunya. CatSalut (memòria 2009)

A Catalunya s'han detectat un total de 6.129 casos nous de VIH entre el 2001 i el 2009.

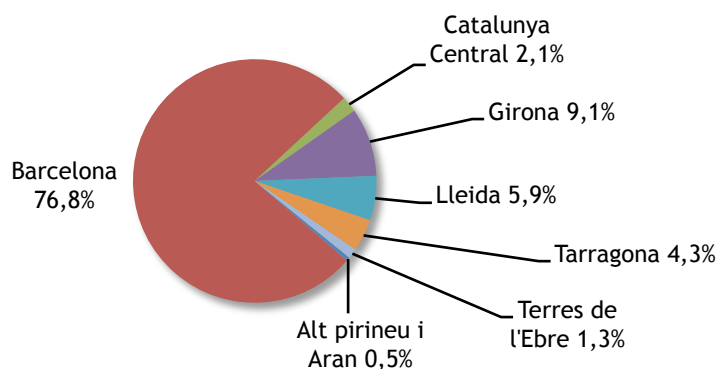
Figura 3: Evolució anual dels nous casos de VIH residents a Catalunya, 2001 - 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

El nombre de casos nous de VIH a Catalunya durant l'última dècada s'ha mantingut força estable any rere any, amb una mitjana de 680 casos anuals. Dins d'aquesta estabilitat, es percep una lleugera tendència al decrement de casos nous, que es mostra especialment rellevant en l'últim any, el 2009, en el qual s'ha arribat al menor número de casos nous de tot el període.

Figura 4: Distribució dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons Regió Sanitària, 2001- 2009.



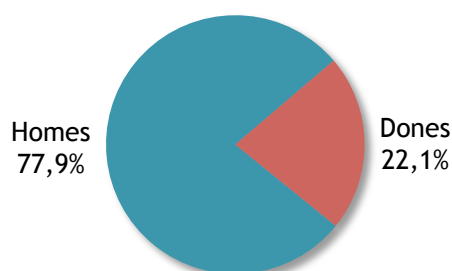
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Vuit de cada deu casos de VIH a Catalunya són de persones residents a la Regió Sanitària de Barcelona. A la Regió Sanitària de Tarragona es troben el 4% de tots els casos registrats a Catalunya.

Si comparem amb els valors de la figura 2, tot i que a Barcelona hi ha un 67% de la població adscrita, gairebé un 80% dels casos s'han detectat en aquesta RS. Pel que fa a la RS de

Tarragona, que té assignada un 8% de la població de Catalunya, s'hi han detectat un 4% dels casos de VIH.

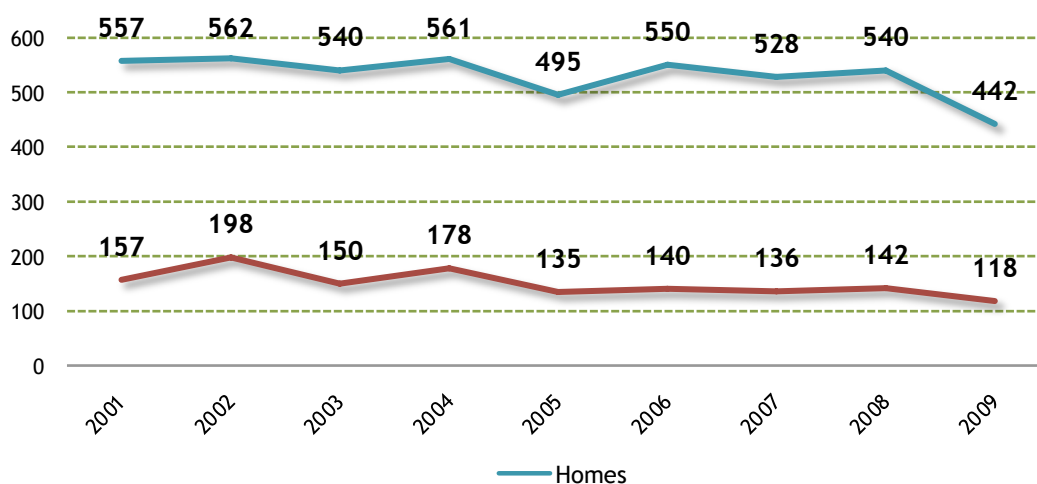
Figura 5: Distribució dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons gènere, 2001- 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

La majoria de nous infectats a Catalunya són homes (4.777 homes vs. 1.352 dones).

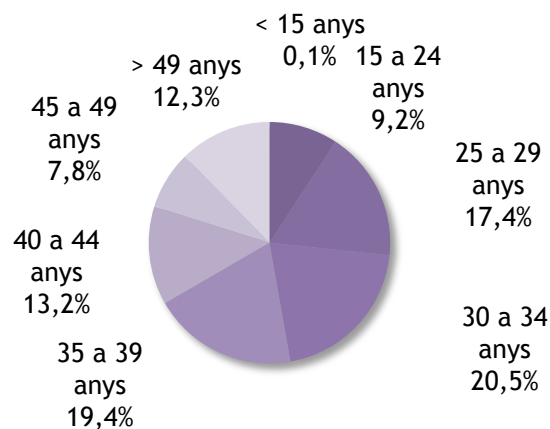
Figura 6: Evolució anual dels nous casos detectats de VIH residents a Catalunya segons gènere, 2001- 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

El VIH es presenta més en els homes que en les dones, en una proporció similar durant tot el període. De nou podem observar la tendència al decrement dels casos detectats de VIH, en ambdós gèneres.

Figura 7: Distribució dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons grup d'edat, 2001- 2009.

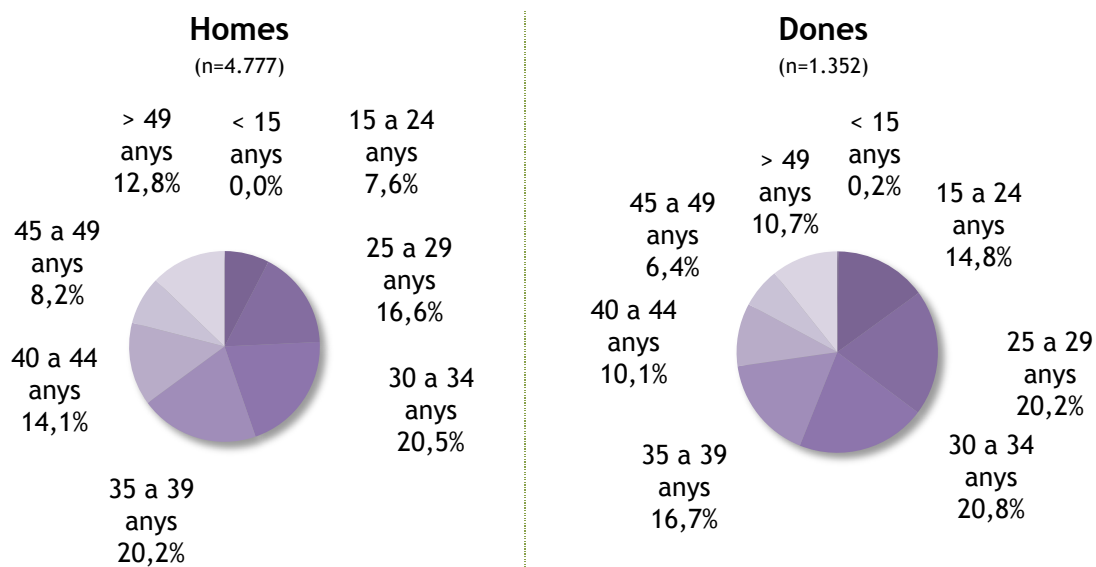


Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Els casos de VIH s'han detectat majoritàriament en persones joves, ja que gairebé la meitat dels infectats tenen menys de 35 anys.

En aquests anys s'ha detectat 4 casos pediàtrics de VIH a Catalunya.

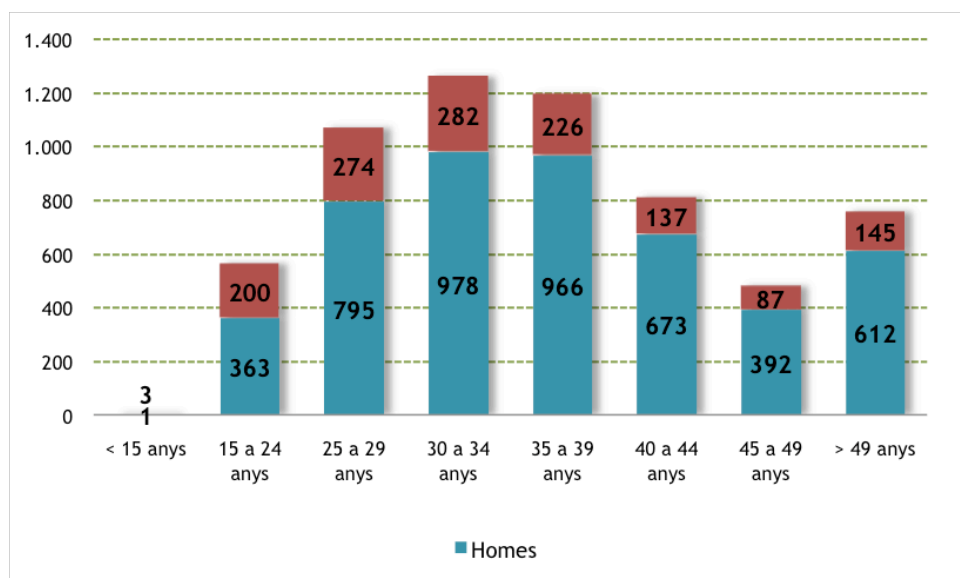
Figura 8: Distribució dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons grup d'edat i gènere, 2001- 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Les dones són més joves que els homes quan se'ls detecta la malaltia; 56,1% de les dones amb VIH tenen menys de 40 anys, mentre que en el cas dels homes el percentatge és inferior, un 44,7%. Cal mencionar que un 15% de les dones tenen entre 15 i 24 anys.

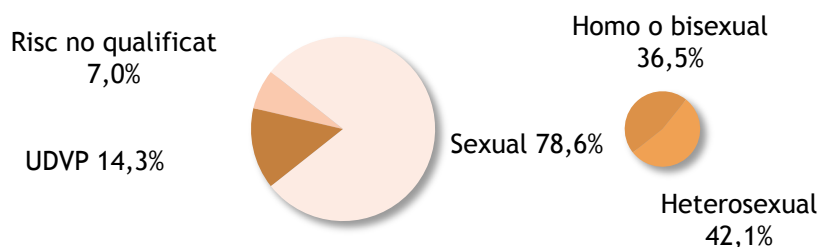
Figura 9: Nous casos detectats de VIH a Catalunya segons grup d'edat i gènere, 2001-2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Majoritàriament els casos nous de VIH a Catalunya es donen a persones entre 25 i 39 anys, indistintament del seu gènere.

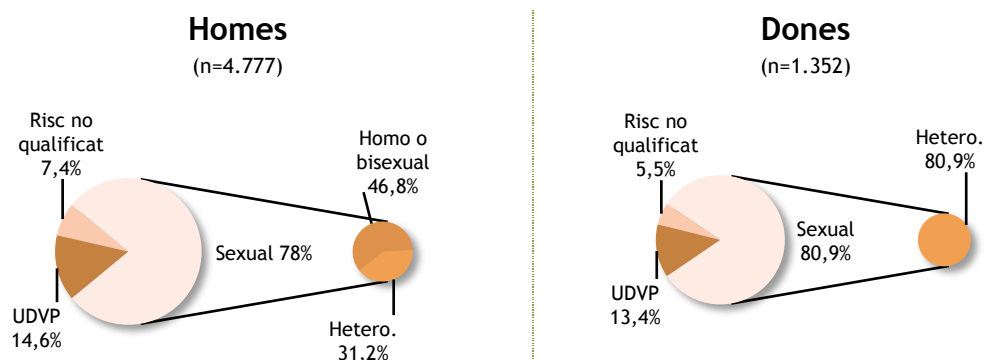
Figura 10: Distribució dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons grup de transmissió, 2001- 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Més de tres quartes parts dels nous casos s'han infectat per transmissió sexual. D'aquests casos, suposen gairebé la mateixa part els fruit de relacions heterosexuales i els fruit de relacions homo o bisexuals.

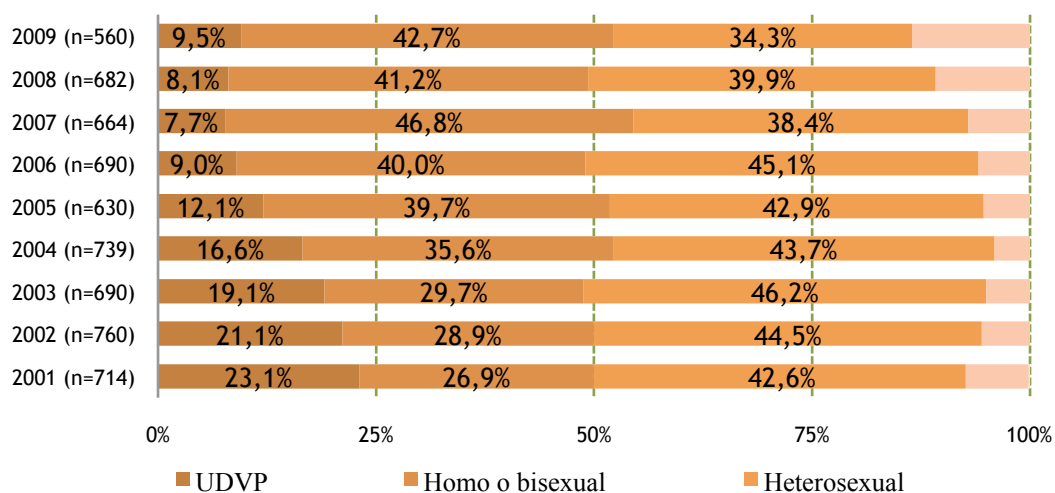
Figura 11: Distribució dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons grup de transmissió i gènere, 2001- 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

En ambdós gèneres la via de contagi més comuna és per transmissió sexual; en les dones aquests casos suposen un 81% del total, i són sempre relacions heterosexuales, i en el cas dels homes suposen el 78%, amb un 47% del total corresponent a homo o bisexuals i un 31% a heterosexuales. La infecció d'UDVP resta en ambdós casos marcadament minoritària.

Figura 12: Distribució dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons grup de transmissió, 2001 al 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Si analitzem l'evolució dels nous casos pel que fa a la transmissió, observem que el percentatge de nous casos per via parenteral ha anat disminuint clarament, mentre que el percentatge de nous casos per transmissió sexual ha anat augmentant. En relació a aquests nous casos, relacions heterosexuals i homo o bisexuals es mantenen en proporcions similars, si bé la tendència és a que els casos homo o bisexuals guanyen terreny lleugerament.

Els nous casos de VIH a Catalunya (2001-2009)

La majoria dels casos detectats pertanyen a residents de la RS de Barcelona.

En l'última dècada (2001 - 2009) es detecten una de mitjana 680 casos de VIH anuals a Catalunya, amb una tendència estable i lleugerament propenja a la disminució de nous casos.

Sempre es detecten més casos en homes que en dones.

Tres quartes parts dels nous casos detectats tenen entre 25 i 44 anys. Les dones són més joves que els homes quan se'ls detecta la malaltia.

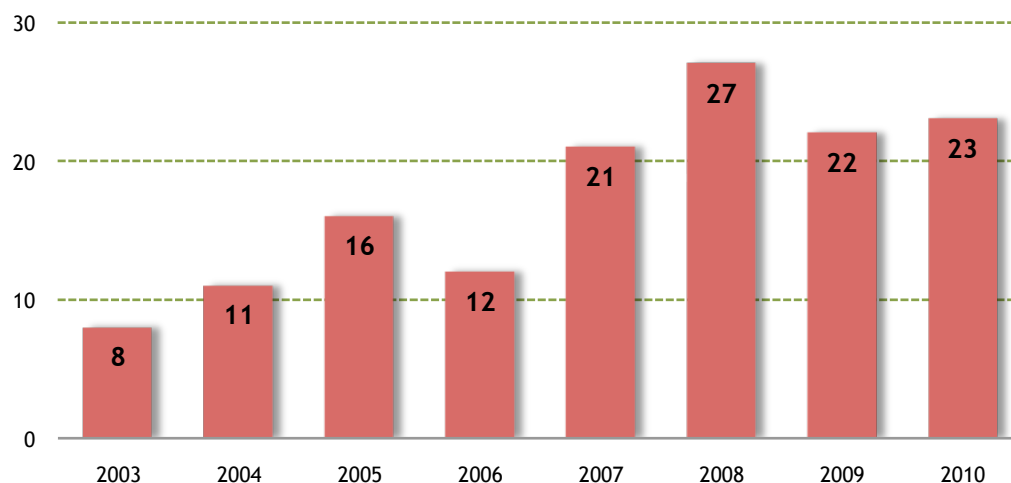
La via de transmissió més freqüent és la sexual (78,6%), sensiblement majoritària entre heterosexuals (42,1%) si tenim en compte ambdós gèneres (no així si només observem els homes).

El percentatge de casos de contagi en UDPV ha anat disminuint alhora que ha augmentat el percentatge de casos en homo o bisexuals.

Reus (2003-2010)

En els últims 8 anys s'han detectat 140 casos de VIH a l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR).

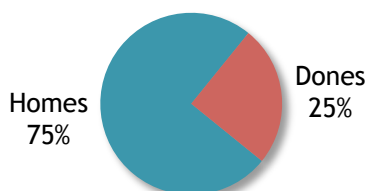
Figura 13: Evolució anual dels nous casos detectats de VIH a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

El nombre de casos nous de VIH ha augmentat en els darrers anys de forma considerable, passant de 8 casos nous el 2003, a 23 casos nous el 2010 (tot i que el pic més alt es va produir l'any 2008 amb 27 casos).

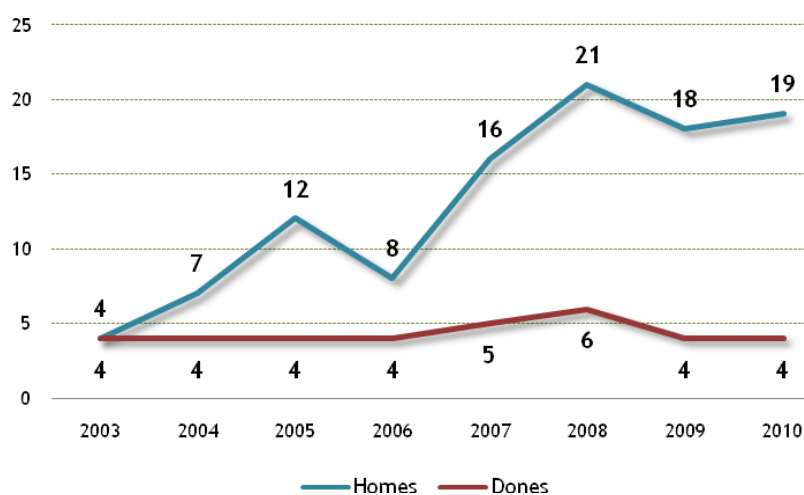
Figura 14: Distribució dels nous casos detectats de VIH segons gènere a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

A l'HUSJR la majoria de nous casos de VIH es detecten en homes en aquest període 2003 - 2010.

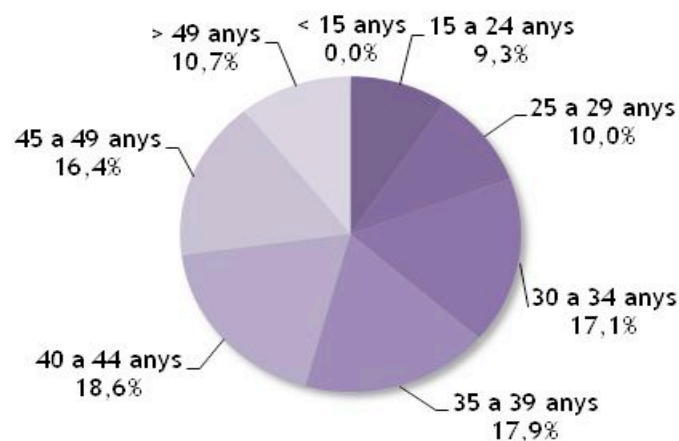
Figura 15: Evolució anual dels nous casos detectats de VIH a l'HUSJR segons gènere, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

En els homes s'observa un fort increment a partir de l'any 2007, mentre que en el cas de les dones l'evolució és més estable.

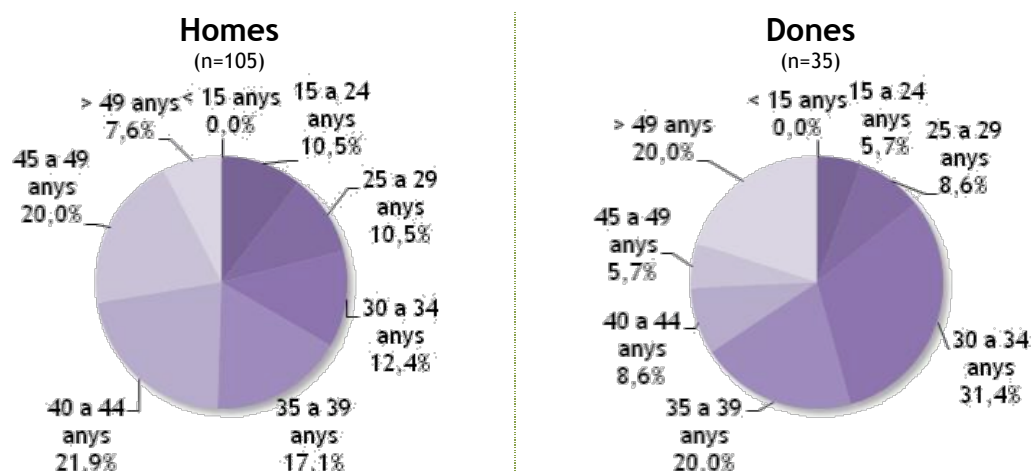
Figura 16: Distribució dels nous casos detectats de VIH segons grup d'edat a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

L'edat mitjana al detectar els nous casos és de 37 anys. En aquest mateix sentit, més de la meitat dels casos es detecten a persones de 30 a 44 anys. En aquest període no s'ha detectat cap cas pediàtric a l'HUSJR.

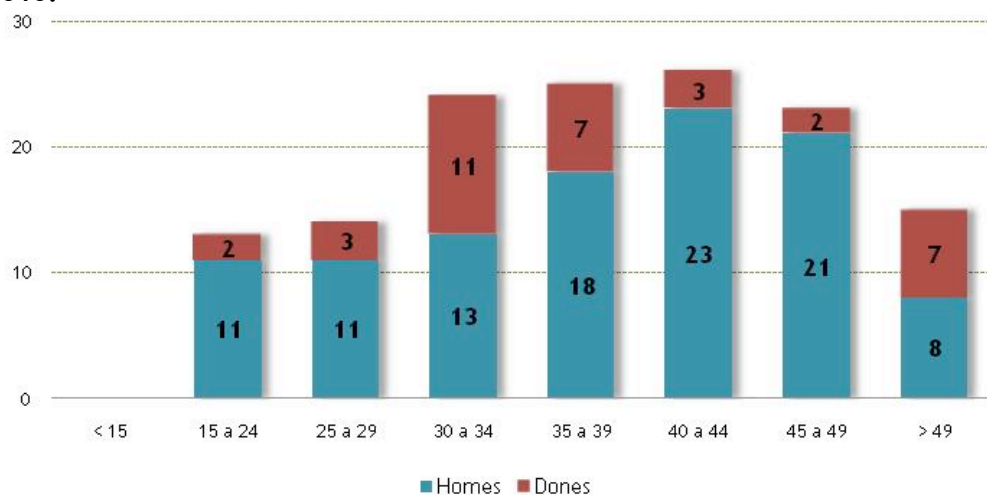
Figura 17: Distribució dels nous casos detectats de VIH segons grup d'edat i gènere a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Les dones són més joves que els homes quan se'ls detecta el VIH. La meitat de les dones tenen entre 30 i 39 anys, mentre que en el cas dels homes suposen una proporció similar els que tenen entre 40 i 49 anys.

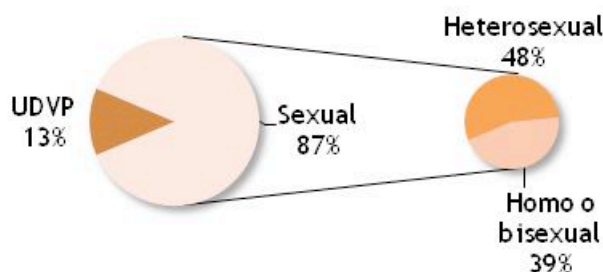
Figura 18: Nous casos detectats de VIH segons grup d'edat i gènere a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Si observem el grup d'edat d'entre 30 i 34 anys, trobem 11 de les 35 dones diagnosticades mentre que només 13 dels 105 homes diagnosticats.

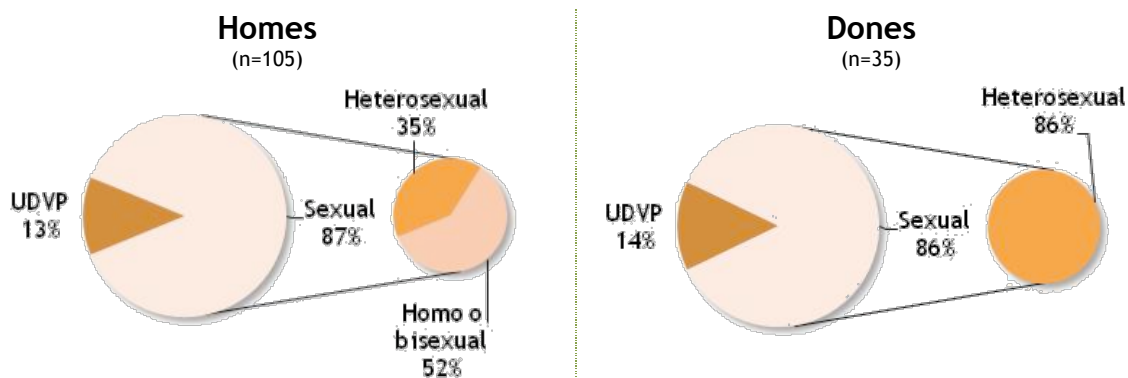
Figura 19: Distribució dels nous casos detectats de VIH segons grup de transmissió a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

En els últims anys a l'HUSJR els casos nous de VIH s'han donat majoritàriament per transmissió sexual (87%), majoritàriament heterosexuals (48%). Es diagnostica tan sols un 13% dels casos de VIH en UDVP.

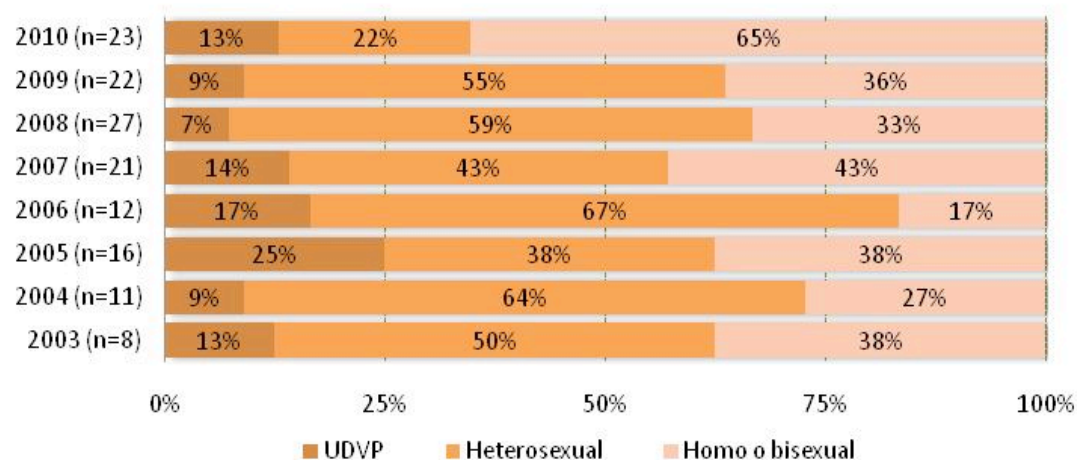
Figura 20: Distribució dels casos detectats de VIH segons grup de transmissió i gènere a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

En ambdós gèneres la via de transmissió més freqüent és la sexual. Heterosexuals majoritàriament si tenim en compte ambdós gèneres, però homo o bisexuals majoritàriament si només tenim en compte els homes. Els nous casos entre UDVP són clarament minoritaris.

Figura 21: Distribució dels nous casos detectats de VIH a l'HUSJR segons grup de transmissió, 2003 al 2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Any a any percebem el decrement de casos entre UDVP si bé aquest no és constant i té diversos alts i baixos durant el període (de fet l'últim any es situen de nou al punt inicial). En relació al total es mantenen clarament minoritaris.

La transmissió per via sexual es manté com a majoritària durant tot el període, essent els heterosexuals els dominants en gairebé tots els anys, amb la particular excepció de l'últim any en que han augmentat sensiblement els nous casos diagnosticats entre homo o bisexuals.

Els nous casos de VIH a Reus (2003-2010)

El número de nous casos de VIH diagnosticats a Reus anualment s'ha incrementat en els últims 7 anys, passant de 8 nous casos al 2003 a 23 nous casos al 2010.

La majoria de casos es detecten en homes.

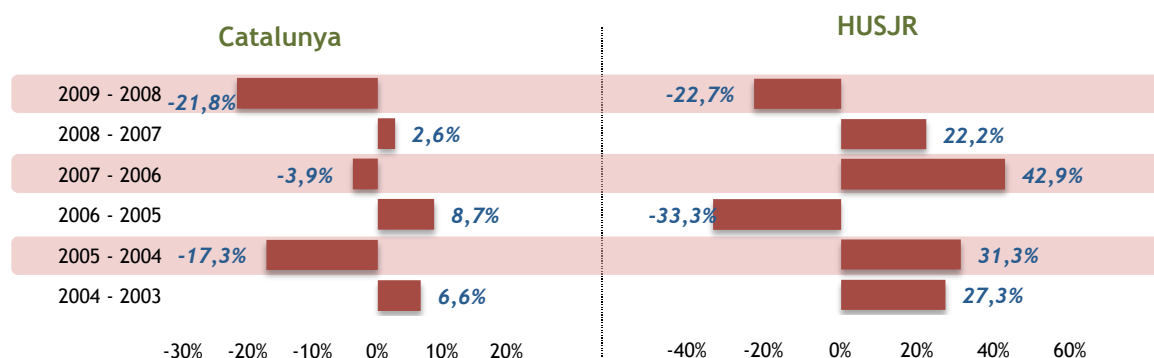
Els nous casos de VIH es detecten majoritàriament en persones d'entre 35 i 44 anys (als 37 anys es situa la mitjana de nous casos detectats).

La via de transmissió més freqüent és la sexual, sensiblement majoritària en persones heterosexuals si tenim en compte ambdós gèneres, i clarament majoritàriament en persones homo o bisexuals si tenim en compte només els homes.

Anàlisi comparativa de l'evolució

En els últims 7 anys, l'evolució del nombre de casos nous de VIH detectats a l'HUSJR no segueix el mateix patró que l'evolució de nous casos en el conjunt de Catalunya. Comparem aquesta evolució observant la variació anual en relació als nous casos de l'any anterior (període 2003-2009).

Figura 22: Variació % anual de nombre de casos nous detectats de VIH, 2003 a 2009.



Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Hospital Universitari Sant Joan de Reus

A Catalunya entre els anys 2003 i 2004 s'observa una evolució positiva de número de casos nous detectats de VIH, mentre que aquesta és negativa entre el 2004 i el 2005. A l'HUSJR entre els anys 2003 i 2005 hi ha un augment en el número de casos nous diagnosticats, mentre que al 2006 s'observa una disminució respecte l'any anterior.

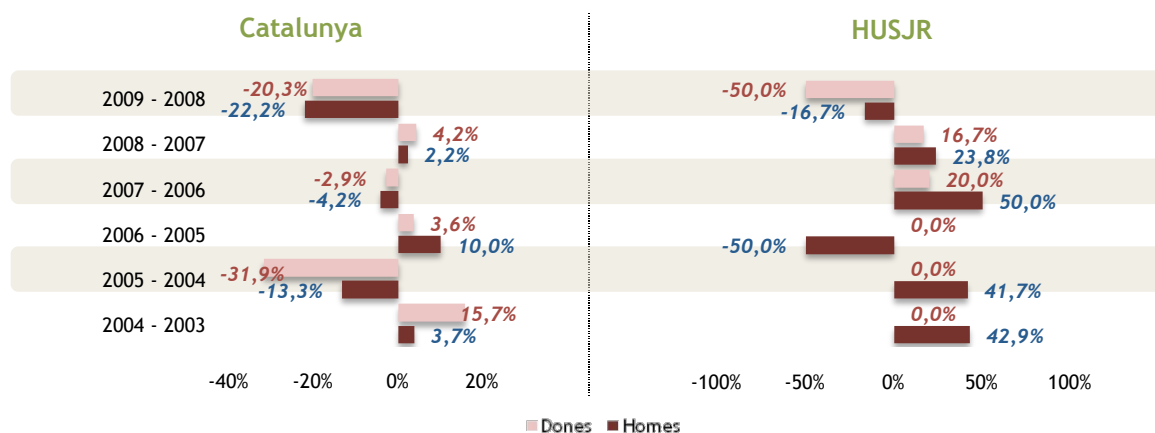
L'any 2006 es van incrementar el número de casos nous a tot Catalunya (8,7% respecte els casos del 2005), mentre que a l'HUSJR es va reduir sensiblement (-33%).

En el 2007 s'observen menys nous casos a Catalunya que en el 2006, mentre que a l'HUSJR es produeix l'increment més important del període (42,9% respecte els casos nous del 2006).

En els últims 2 any l'evolució de Catalunya i de l'HUSJR és similar, experimentant un augment en el 2008 i un decrement de nous casos en el 2009, si bé el primer és molt més accentuat en el cas de l'HUSJR.

De fet, totes les variacions que es produeixen en l'evolució són de major magnitud a l'HUSJR (on el número de casos nous anuals evidentment és més petit i per tan les variacions a nivell percentual més marcades) ja que com hem vist a Catalunya el període es caracteritza per una certa constància en els casos nous detectats any rere any.

Figura 23: Variació % anual de número de casos detectats de VIH per gènere, 2003 a 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. L'Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Quan s'observa el número de casos nous segons el gènere, es detecta una evolució diferent de cada gènere segons el territori:

- A Catalunya ambdós gèneres segueixen la mateixa evolució durant el període.
- A l'HUSJR els casos nous en homes ha augmentat des del 2003 fins al 2005, mentre que al 2006 es van detectar menys casos que l'any anterior. En els següents dos anys es repeteix el creixement, que frena el 2009, any durant el qual s'han registrat menys casos que en el 2008. En les dones l'evolució és diferent, ja que des de l'any 2003 fins al 2005 hi ha el mateix número de casos nous detectats cada any. L'evolució posterior és similar a la dels homes.

Els nous casos de VIH: Reus vs. Catalunya (2003-2009)

L'evolució del nous casos de VIH a Reus no ha experimentat el mateix camí que a Catalunya.

A Reus la tendència a diagnosticar nous casos de VIH es manté creixent gairebé tot el període (la major part dels anys), mentre que a Catalunya la tendència és força estable.

A l'HUSJR s'observa un patró de dos anys seguits amb augment i un altre amb decrement de casos nous, mentre que a Catalunya el patró és d'un any amb increment i un altre amb decrement.

A Reus la tendència a incrementar és especialment rellevant entre els homes, ja que s'observa un augment del número de casos nous detectats molt més pronunciat que entre les dones.

Pel que fa a l'edat, a Catalunya els nous casos es detecten en individus lleugerament més joves que a Reus. Per tan, la detecció és més tardana o els individus es contagien en una edat més avançada.

En el referent a la via de contagi, els UDVP es mantenen en ambdós casos com a grup de transmissió minoritari (si bé la tendència és més clarament decreixent en el cas de Catalunya).

La sexual és per tan la via àmpliament majoritària en ambdós casos, així com el fet que el pes relatiu dels casos nous en heterossexuals és lleugerament superioral dels nous casos entre homo i/o bisexuals, si tenim en compte homes i dones. No així si tenim en compte només els homes.

Cal no oblidar en el moment de valorar aquests resultats el fet que el col·lectiu homo i bisexual representa un percentatge baix de la població, però amb una especial rellevància en relació als nous casos detectats.

2.2.1.2 Anàlisi en relació a la Sida

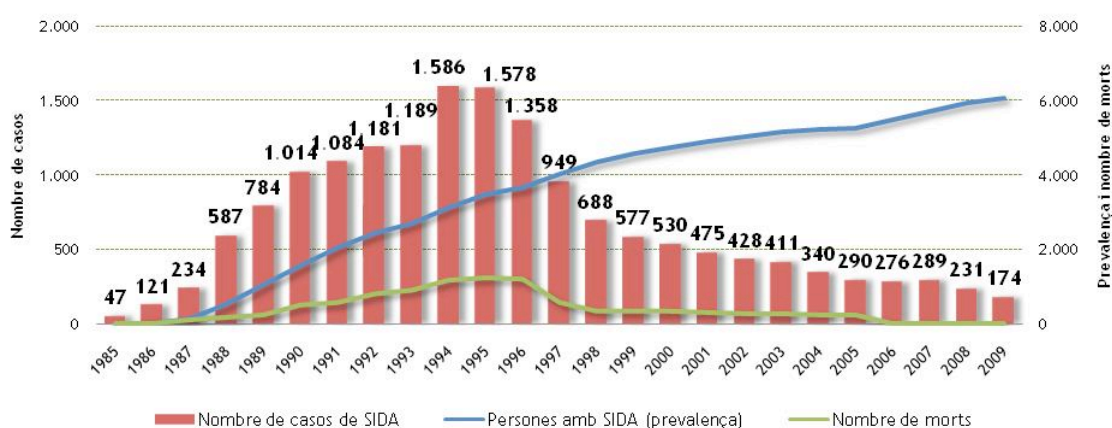
L'anàlisi que presentem a continuació fa referència a diversos aspectes en relació a la incidència de la Sida, pel que fa a Catalunya i la Regió Sanitària (RS) de Tarragona. Compararem també l'evolució anual d'aquests en un i altre territori.

Cal tenir en compte que la incidència de la Sida és un indicador de la freqüència i evolució dels estadis avançats de la infecció per VIH, no de les noves infeccions, que són l'aspecte que hem tractat en l'anterior punt. En aquest mateix sentit, obindrem amb aquesta anàlisi informacions en relació a la mortalitat i prevalença, que ens poden resultar útils de cara a la diagnosi per àmbits més enllà de la prevenció.

Catalunya (període 1985-2009)

En referència a la Sida, a Catalunya s'han detectat un total de 16.430 casos en el període 1985 - 2009. Actualment hi ha més de 6.000 persones amb la malaltia.

Figura 24: Evolució anual de la incidència, la prevalença i els casos de Sida residents a Catalunya, 1985- 2010.



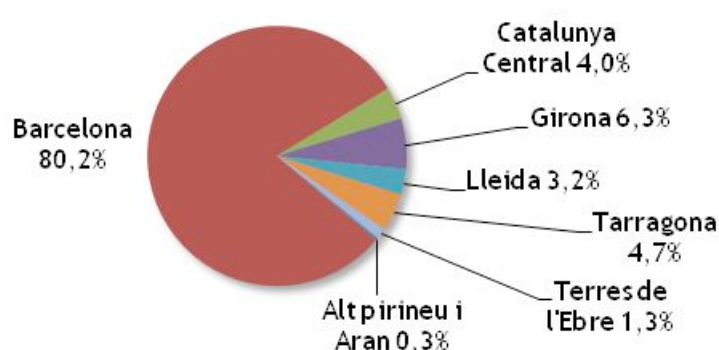
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Els anys 90 van ser els anys amb més casos de Sida, així com també els anys amb més mortalitat. A partir de l'any 1997 el número de casos detectats ha anat disminuint, el mateix que ha succeït

amb el número de morts, augmentant d'aquesta manera la prevalença (expressada com a número de persones amb Sida al llarg d'aquesta anàlisi).

Així, es dona la circumstància que el número de casos nous de Sida cada cop és menor, però el número de persones amb aquesta infecció cada cop és major, fins arribar al major número de persones infectades en el territori.

Figura 25: Distribució dels casos detectats de Sida a Catalunya segons Regió Sanitària, 1985- 2009.

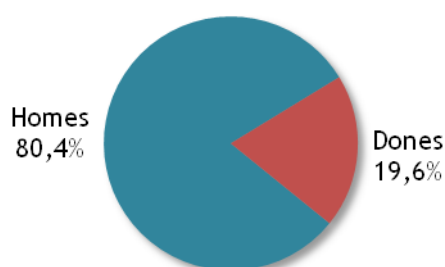


Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Vuit de cada deu casos de Sida són de persones residents a la Regió Sanitària de Barcelona. A la Regió Sanitària de Tarragona es troben el 5% de tots els casos registrats a Catalunya.

Si es compara amb els valors de la figura 2, tot i que a Barcelona hi ha un 67% de la població adscrita, més de 80% dels casos s'han detectat en aquesta RS. Pel que fa a la RS de Tarragona té assignada un 8% de la població de Catalunya, i s'han detectat un 5% dels casos de Sida.

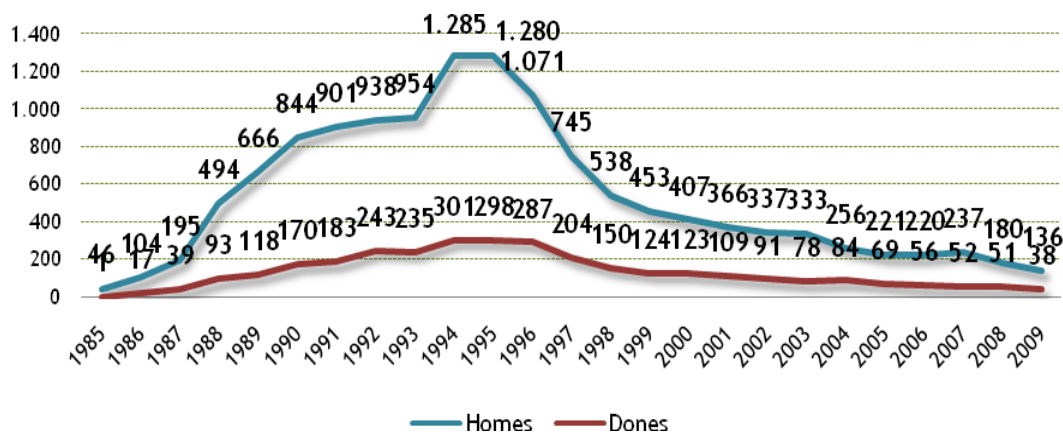
Figura 26: Distribució dels casos detectats de Sida a Catalunya segons gènere, 1985- 2010.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

La majoria d'afectats a Catalunya són homes (13.214 homes vs. 3.216 dones).

Figura 27: Evolució anual dels casos detectats de Sida residents a Catalunya segons gènere, 1985- 2010.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

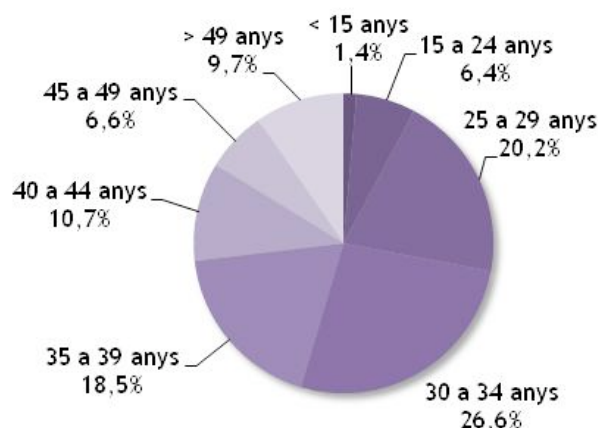
La Sida sempre s'ha presentat més en els homes que en les dones, i en ambdós gèneres la dècada dels 90 va ser el període durant el qual es van detectar més casos.

Encara que s'observa un decrement dels casos detectats de Sida, aquest decrement no ha estat constant, sinó que es percep molt accentuat fins a principis dels anys 2000 i actualment sembla que s'està estabilitzant.

En els homes s'observa un fort increment de casos detectats fins a meitat dels anys 90 i després una forta baixada del número de casos fins a l'actualitat. En les dones hi ha la mateixa tendència però menys marcada.

Actualment s'observen més del triple de casos en homes que en dones (136 vs 38).

Figura 28: Distribució dels casos detectats de Sida a Catalunya segons grup d'edat, 1985- 2010.

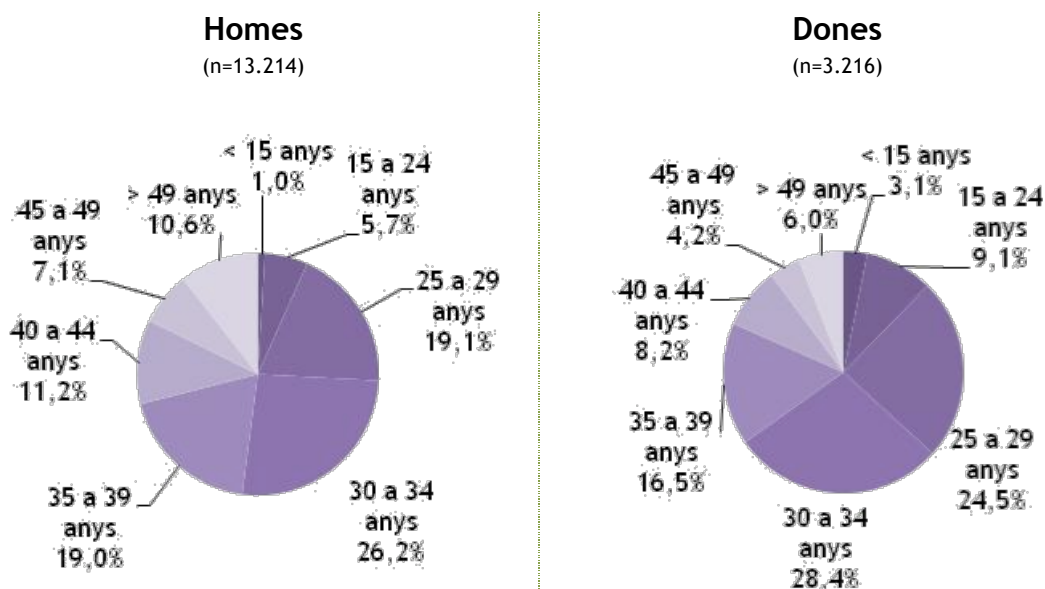


Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Els casos de Sida s'han detectat majoritàriament en persones joves, ja que més de la meitat dels infectats tenen menys de 35 anys, i 2 de cada 3 persones a qui se'ls ha detectat la Sida a Catalunya tenen entre 25 i 39 anys.

En aquests anys s'ha detectat 229 casos pediàtrics de Sida, mentre que menys del 10% dels casos es detecten en persones de 50 anys o més.

Figura 29: Distribució dels casos detectats de Sida a Catalunya segons grup d'edat i gènere, 1985- 2010.

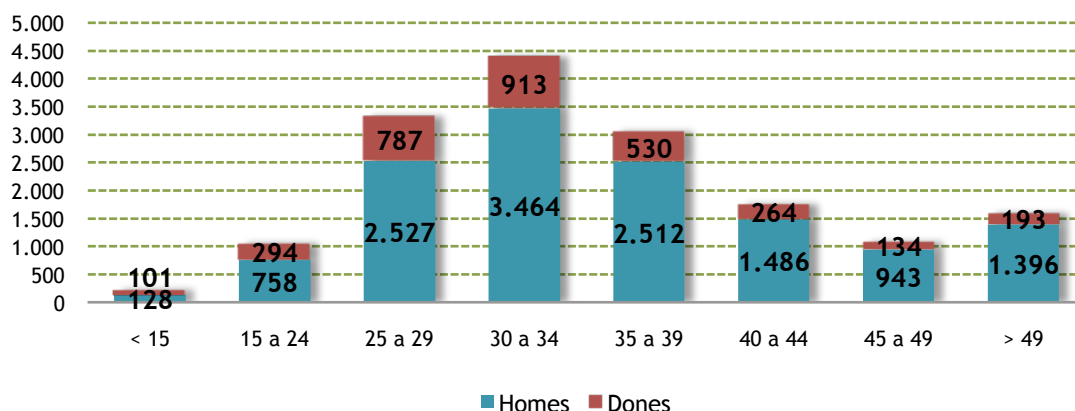


Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Les dones són més joves que els homes quan se'ls detecta la malaltia; 65,1% de les dones amb Sida tenen menys de 35 anys, mentre que en el cas dels homes el percentatge és inferior, un 52%.

Cal mencionar que 1 de cada 10 dones tenen entre 15 i 24 anys quan se'ls detecta la Sida.

Figura 30: Casos detectats de Sida a Catalunya segons grup d'edat i gènere, 1985- 2010.

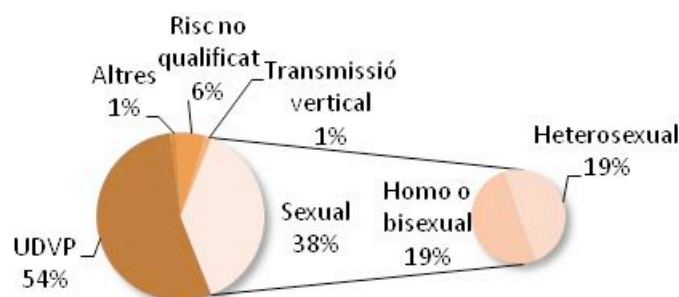


Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Majoritàriament els casos detectats de Sida a Catalunya es donen a persones entre 25 i 39 anys, indistintament del seu gènere.

Dels 229 casos pediàtrics de Sida a Catalunya, 128 (56%) es donen en el sexe masculí.

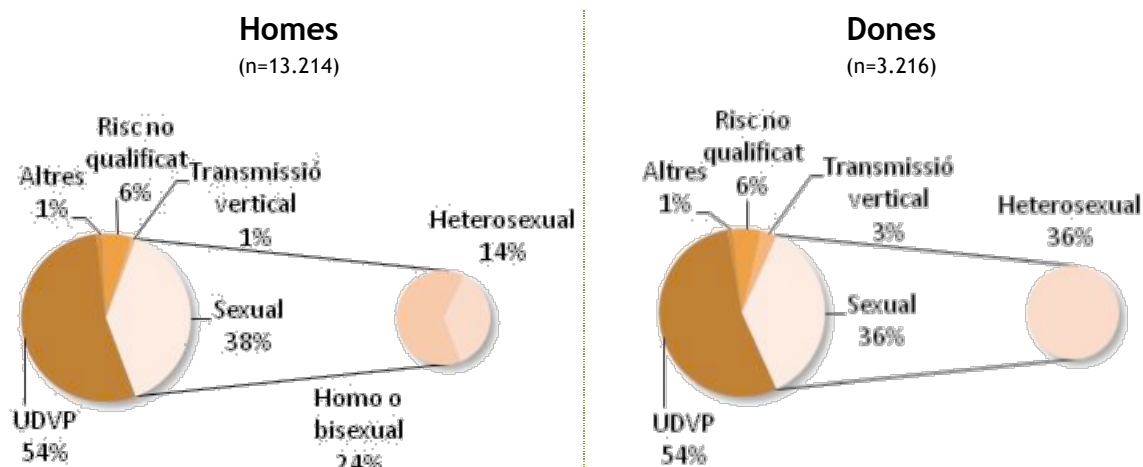
Figura 31: Distribució dels casos detectats de Sida a Catalunya segons grup de transmissió, 1985- 2010.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

La meitat de les persones han estat infectades per via parenteral (UDVP) i gairebé un 40% per transmissió sexual; a parts iguals entre heterosexual i homo o bisexual.

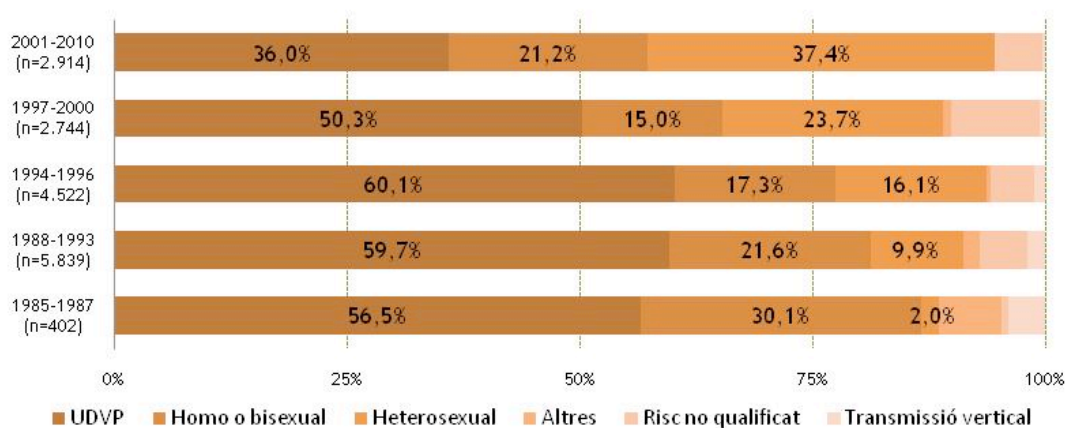
Figura 32: Distribució dels casos detectats de Sida a Catalunya segons grup de transmissió i gènere, 1985- 2010.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

En ambdós gèneres, la via de contagi principal és la UDVP (54%). La segona via més comuna és per transmissió sexual; aquesta representa un 36% en les dones, sempre en casos heterossexuals, i el 38% en els homes (on el 24% correspon a homo o bisexuals i el 14% a heterossexuals).

Figura 33: Distribució dels casos detectats de Sida a Catalunya segons grup de transmissió, 1985 al 2010.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

El percentatge de casos infectats per via parenteral (UDVP) ha anat disminuint a partir dels anys 90. En canvi el percentatge de casos detectats per transmissió sexual, sobretot en els casos heterossexuals, ha anat augmentant.

La Sida a Catalunya (1985-2009)

La dècada dels 90 va ser el període on la Sida va causar més morts a Catalunya, a més d'experimentar un fort augment de casos durant tot el període.

Els casos detectats de Sida a Catalunya han disminuït en els últims 9 anys, passant de 530 casos l'any 2000 a 174 l'any 2009.

El número de morts a causa d'aquesta malaltia també ha disminuït, de més de 250 durant el 2003 a 35 al 2010.

Com que el decrement de la mortalitat ha estat més accentuat que el decrement de casos nous, la població prevalent de Sida ha augmentat d'uns 5.000 casos al 2000 a més de 6.000 persones durant el 2009.

Actualment ens trobem en el moment amb major prevalença de Sida a Catalunya.

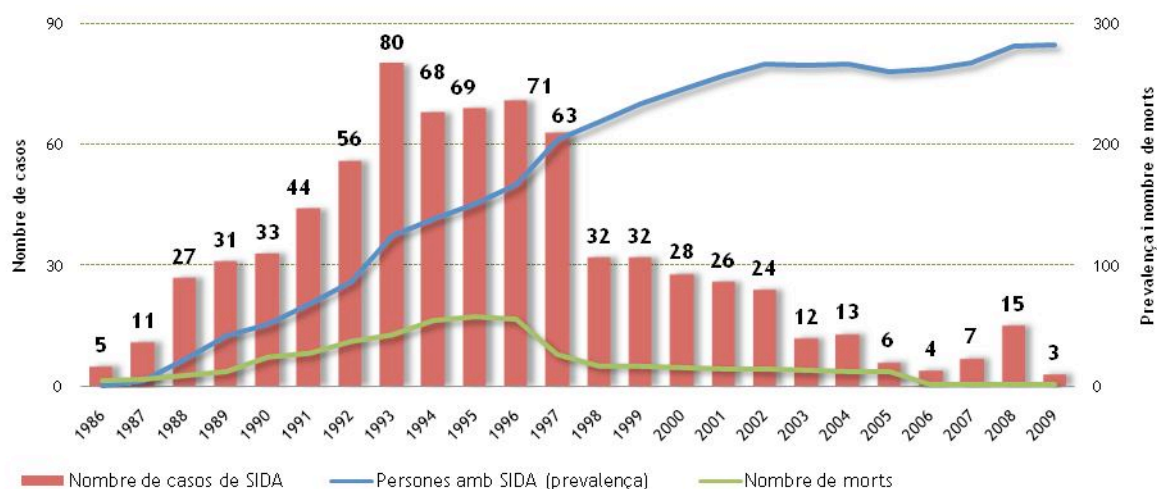
La majoria de casos es detecten a homes i en persones de 30 a 34 anys.

Si tenim en compte tot el període (1985 - 2010), el grup de transmissió més freqüent és el d'UDVP (54%). En l'última dècada (2001 - 2010) el grup de transmissió més freqüent és el sexual (58,6%), majoritàriament els heterossexuals (37,4%).

Regió sanitària de Tarragona (1986-2009)

Actualment a la Regió Sanitària (RS) de Tarragona hi viuen més de 250 persones amb la malaltia. En els últims trenta anys s'han detectat un total de 760 casos de Sida.

Figura 34: Evolució anual de la incidència, la prevalença i els casos de Sida residents a la Regió Sanitària de Tarragona, 1986- 2009.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

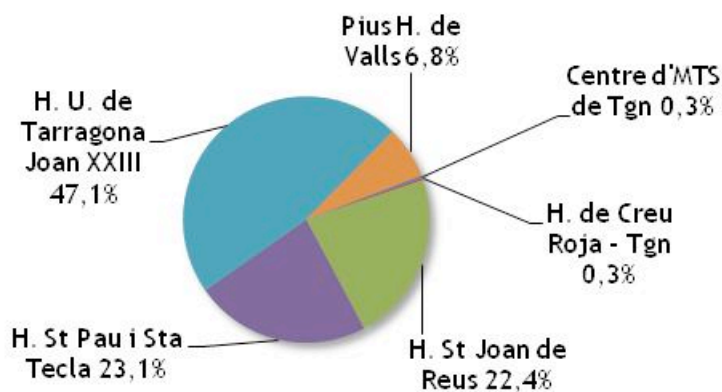
Tal com mostra la figura 12, al llarg d'aquests trenta anys la progressió de nous casos de Sida detectats ha estat irregular. Va començar amb un fort creixement de casos detectats (amb el punt màxim en els anys 90), i una posterior disminució que es va estancant fins a dia d'avui.

Pel que fa al nombre de morts, ha experimentat la mateixa evolució. Ha anat creixent assolint un valor màxim en els anys 90 i disminuint fins a l'actualitat.

Actualment no hi ha una forta mortalitat a causa del Sida i el nombre de casos nous ha disminuït en els últims anys. Per tant, cal apuntar que estem en el període amb més persones amb Sida a la RS de Tarragona.

Els casos de Sida es diagnostiquen en Hospitals i centre de Malalties de Transmissió Sexual (MTS) de Tarragona.

Figura 35: Distribució dels casos detectats de Sida a la Regió Sanitària de Tarragona segons centre, 1986- 2009.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

La meitat dels casos de Sida són detectats a l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, una quarta part a l'Hospital St. Pau i Sta. Tecla, més d'una cinquena part a l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR), i un 7% a l'Hospital Pius de Valls. Entre l'Hospital de la Creu Roja i el centre MTS no arriben a l' 1% dels casos detectats a la RS de Tarragona.

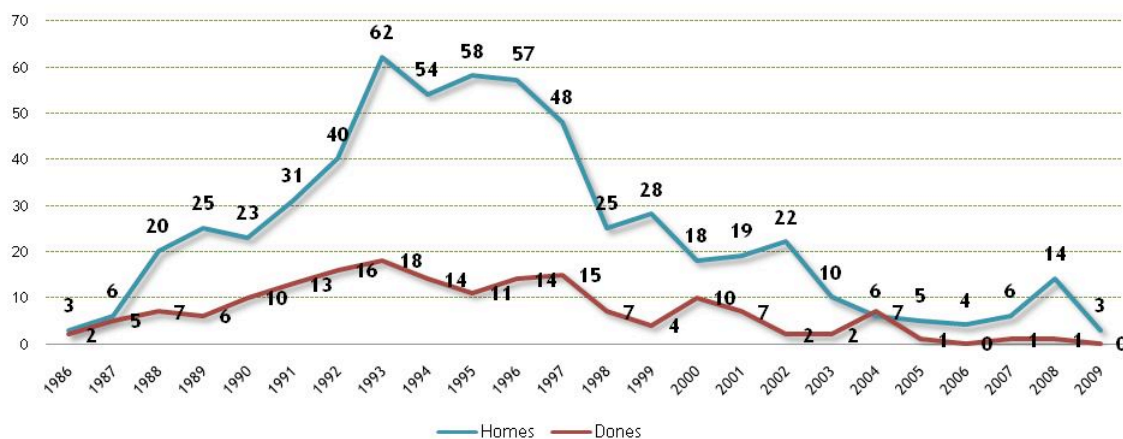
Figura 36: Distribució dels casos detectats de Sida segons gènere a la Regió Sanitària de Tarragona, 1986- 2009.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

La majoria d'afectats de Sida són homes (587 homes vs. 169 dones).

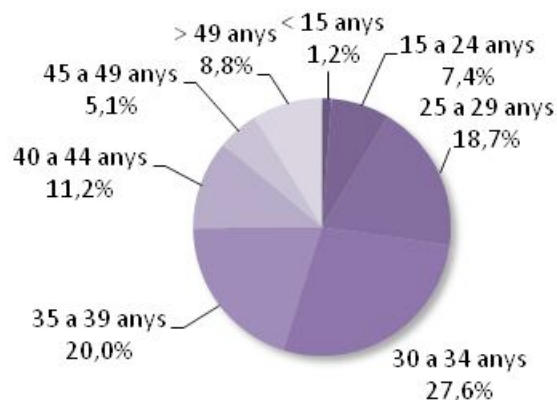
Figura 37: Evolució anual dels casos detectats de Sida residents a la Regió Sanitària de Tarragona segons gènere, 1986- 2009.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

En ambdós gèneres la dècada dels 90 va ser quan es van detectar més casos, i cal destacar que des de l'any 2005 només s'han detectat 3 casos de Sida en dones.

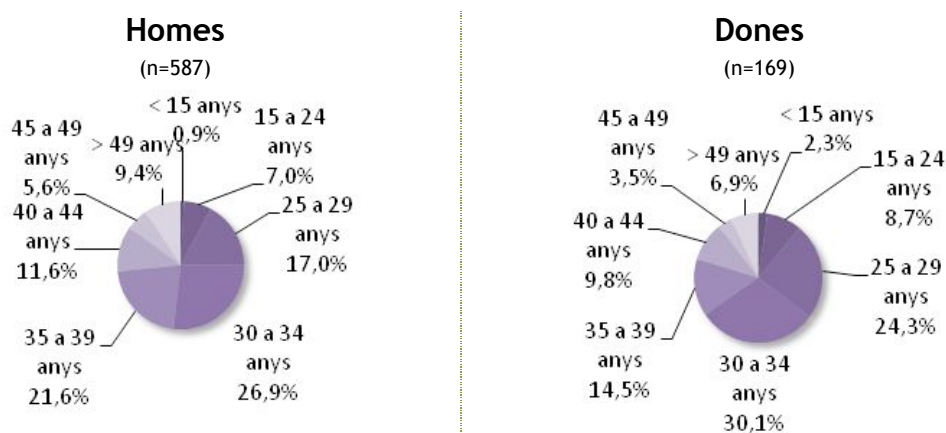
Figura 38: Distribució dels casos detectats de Sida segons grup d'edat a la Regió Sanitària de Tarragona, 1986- 2009.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

Més d'una quarta part dels casos detectats de Sida a la RS de Tarragona tenen entre 30 i 34 anys, mentre que 2 de cada 3 persones tenen entre 25 i 39 anys. A la RS de Tarragona s'han detectat 9 casos pediàtrics.

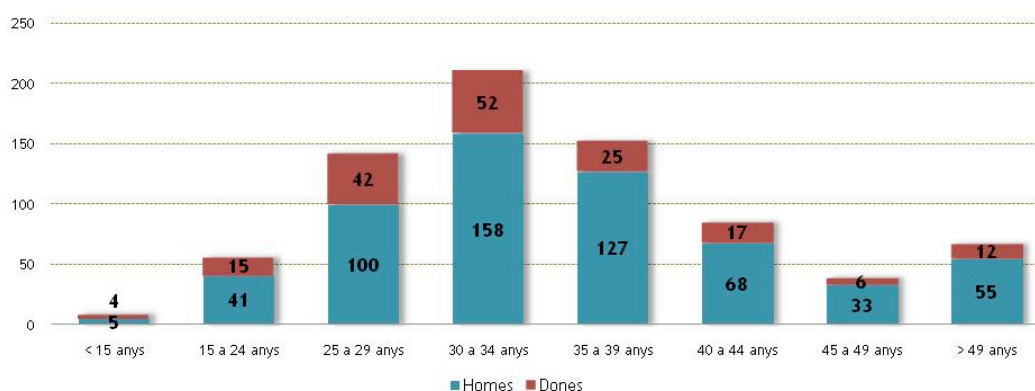
Figura 39: Distribució dels casos detectats de Sida segons grup d'edat i gènere a la Regió Sanitària de Tarragona, 1986- 2009.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

A les dones se'ls detecta la malaltia més aviat que als homes. El 80% de les dones infectades tenen menys de 40 anys quan se'ls detecta la malaltia, mentre que en el cas dels homes suposen un 73%. Tres de cada 10 dones tenen entre 30 i 34 anys quan són diagnosticades.

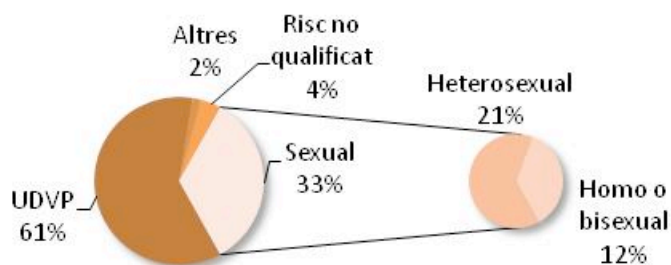
Figura 40: Casos detectats de Sida segons grup d'edat i gènere a la Regió Sanitària de Tarragona, 1986- 2009.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

Tan els homes com les dones tenen majoritàriament entre 30 i 34 anys quan se'ls diagnostica el Sida. A la RS de Tarragona s'ha detectat el Sida a 5 nens i 4 nenes.

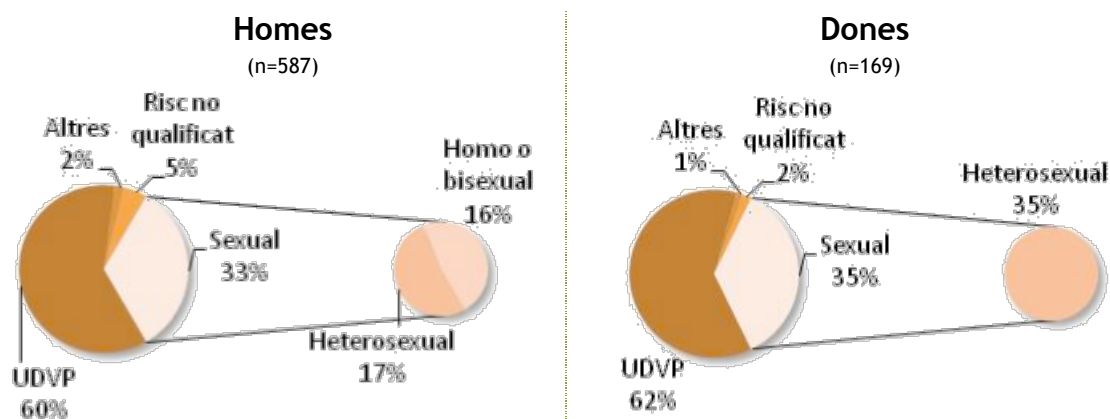
Figura 41: Distribució dels casos detectats de Sida segons grup de transmissió a la Regió Sanitària de Tarragona, 1986- 2009.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

El 61% de les persones s'han infectat per via parenteral i un 33% per transmissió sexual. El 64% dels casos infectats per transmissió sexual són persones heterosexuals.

Figura 42: Distribució dels casos detectats de Sida segons grup de transmissió i gènere a la Regió Sanitària de Tarragona, 1986- 2010.



Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

En ambdós gèneres, la via de transmissió principal és la parenteral i la segona via és la sexual. Pel que fa a aquesta última, i en relació als homes, a parts iguals entre els heterosexuals i els homo o bisexuals.

La Sida a la Regió Sanitària de Tarragona (1986-2009)

La dècada dels 90 va ser el període durant el qual la Sida va causar més morts a Tarragona, a més d'experimentar un fort augment de casos detectats.

Els casos detectats de Sida a la RS de Tarragona han disminuït en els últims 15 anys. El nombre de morts a causa d'aquesta malaltia també ha disminuït i la població prevalent de Sida ha augmentat fins a més de 250 persones en l'any 2009.

Actualment és el moment amb més persones infectades de Sida a la RS de Tarragona.

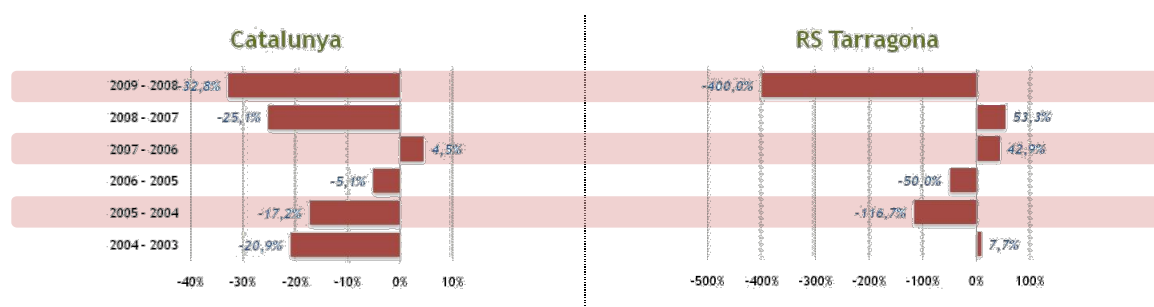
La majoria de casos es detecten en homes i en el grup d'edat comprès entre els 30 i 34 anys.

El grup de transmissió més freqüent durant tot el període és el d'UDVP.

Anàlisi comparativa de l'evolució

En els últims 7 anys, l'evolució de la Sida a la RS de Tarragona no segueix la tendència marcada per Catalunya. Així doncs, en els dos territoris l'evolució del nombre de casos nous de Sida és diferent.

Figura 43: Variació % anual de nombre de casos detectats de Sida, 2003 a 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

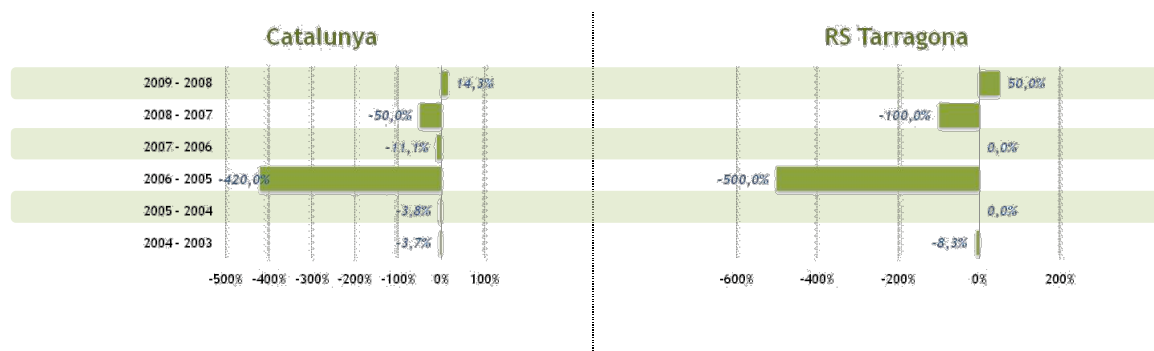
A Catalunya entre els anys 2003 i 2006 s'observa una evolució negativa de número de casos detectats de Sida. A la RS de Tarragona l'any 2004 hi ha més casos que en el 2003, i entre els anys 2004 i 2006 hi ha una disminució d'aquests.

L'any 2007 es van incrementar el número de casos a tot Catalunya (4,5% més que en el 2006) i la RS de Tarragona (més d'un 40% respecte l'any anterior).

Al 2008 s'observen menys casos a Catalunya que en al 2007, en canvi a la RS de Tarragona continua amb més casos que en al 2007.

Tal com mostra la figura 43, a Catalunya i sobretot a la RS de Tarragona s'ha experimentat un número menor de casos de Sida que en l'any precedent.

Figura 44: Variació % anual de número de morts, 2003 a 2009.



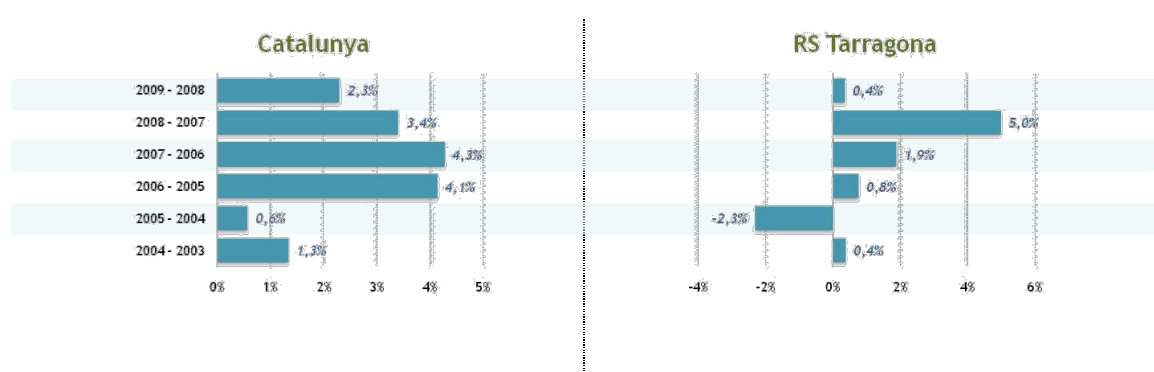
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

Pel que fa al número de morts, l'evolució entre els anys 2003 i 2009 és similar entre Catalunya i la RS de Tarragona.

Entre els anys 2003 i 2005 a Catalunya i a la RS de Tarragona el número de morts no varia. A l'any 2006 s'experimenta un canvi brusc en el número de morts a Catalunya i a la RS de Tarragona, ja hi ha moltes menys morts per la Sida. Durant el 2007 el número de morts és manté gairebé constant en el territori. La variació entre el 2007 i 2008 és negativa, hi ha menys morts, a Catalunya i a la RS de Tarragona. L'any 2009 hi ha un augment dels morts en les dues zones estudiades.

La prevalença tendeix a augmentar a tot Catalunya, però de forma diferent a la RS de Tarragona.

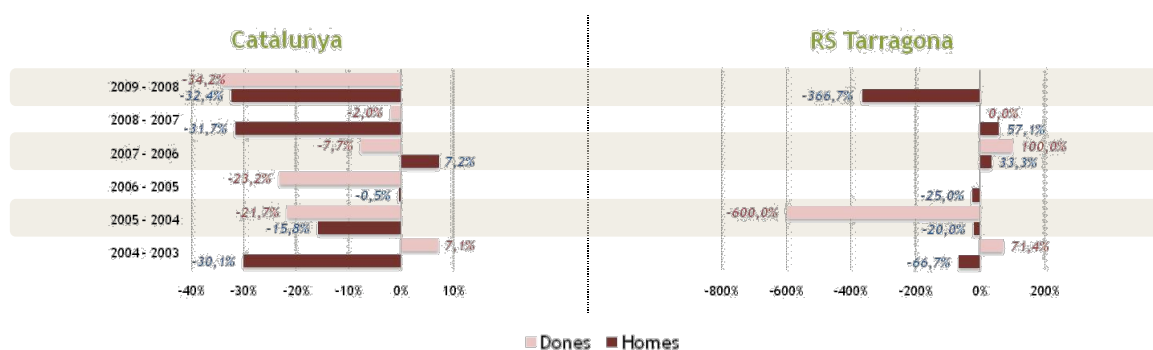
Figura 45: Variació % anual de la prevalença, 2003 a 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

Com mostra la figura 45, a Catalunya l'evolució del número de persones amb el Sida és positiva cada any. No passa el mateix a la RS de Tarragona, on l'any 2005 hi havia menys persones infectades que durant el 2004.

Figura 46: Variació % anual de número de casos detectats de Sida per gènere, 2003 a 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Font: Institut Català d'Oncologia (ICO)

Quan s'observa el número de casos nous segons el gènere, es detecta una evolució diferent de cada gènere segons el territori:

A Catalunya:

Entre els anys 2003 i 2006 cada vegada hi ha menys número de casos detectats en homes, en canvi l'any 2007 hi ha més casos detectats en homes que en el 2006. Del 2007 al 2009 cada any disminueix en número de nous homes infectats.

En les dones s'experimenta una evolució diferent. Al 2004 hi havia més deteccions que al 2003, i la resta d'anys han anat decreixent el número de casos detectats.

A la RS de Tarragona:

En els casos detectats en homes hi ha una evolució negativa des del 2003 fins al 2006. En els anys 2007 i 2008 s'experimenta un augment de casos registrats i al 2009 hi ha una forta baixada dels mateixos.

En referència a les dones, hi ha dos anys amb més casos detectats que el seu precedent (2004 i 2007) però cal destacar que l'any 2005 hi ha una forta davallada de casos nous respecte el 2004.

La Sida: Regió Sanitària de Tarragona vs. Catalunya

L'evolució de la Sida a la RS de Tarragona i a Catalunya és força similar.

A la RS de Tarragona entre el 2004 i 2006 la tendència a diagnosticar casos nous és negativa (cada any hi ha menys casos), al 2007 i 2008 aquesta tendència s'inverteix (es detecten cada any més casos). D'altra banda, al 2009 s'ha experimentat un brusc decrement de casos nous.

A Catalunya fins el 2006 l'evolució del nombre de casos nous era negativa (cada any amb menys força), al 2007 es van detectar més casos, però en l'any 2008 i 2009 la tendència torna a esdevenir negativa.

Pel que fa a la mortalitat, l'any 2006 ha estat un punt d'inflexió, tant a la RS de Tarragona com a Catalunya es va experimentar un brusc decrement del nombre de morts. A l'any 2008 també s'ha produït aquesta reducció de la mortalitat, però no de forma tant marcada.

En ambdós casos cada any hi ha més persones amb el Sida, per tant la prevalença manté una evolució positiva.

2.2.2 Anàlisi general de serveis i recursos

Presentem en aquest punt les dades recollides en relació als serveis i recursos existents que actuen de forma directa o indirecta en l'àmbit del VIH/Sida a nivell local, i la seva acció. Conèixer quina és l'acció que s'està duent a terme a nivell local en aquest àmbit és el segon element (després de l'anàlisi epidemiològica) que ens pot ajudar a contextualitzar el marc local de la diagnosi d'aquest Pla. Així, un cop analitzada la incidència del VIH en la realitat sobre la qual volem actuar, fem el mateix en relació als recursos que fins ara hi actuen.

A més de la presentació de l'acció local que s'està duent a terme a nivell de VIH/Sida, farem referència a una sèrie de resultats sorgits de l'anàlisi estadística i tractament de dades quantitatives recollides en relació als serveis i la seva actuació. Aquesta anàlisi, si bé presenta una lògica limitació⁵ lligada a la diversa naturalesa de l'acció que es duu a terme en relació al VIH/Sida, si que ens pot oferir resultats significatius a l'hora d'observar diversos aspectes generals com el pes específic dels diversos àmbits en l'acció local, els professionals implicats en la mateixa, i d'altres que apuntarem a continuació.

Hem recollit tota la informació referent a l'acció local que ens disposem a presentar, en relació als diversos àmbits d'actuació en base als quals treballarem tot aquest document, però amb una excepció: l'absència de l'àmbit transversal, ja que queden fora d'aquesta anàlisi aquelles accions que tenen per objectiu la coordinació dels agents, aspecte que s'abordarà específicament, i des d'una perspectiva marcadament qualitativa, al llarg de la diagnosi.

Registre de serveis i actuacions per àmbit

Pel que fa al volum absolut de l'acció local, s'han registrat un total de 14 serveis, que tenen una mitja d'antiguetat de 10-11 anys. Aquests realitzen un total de 56 tipus d'actuacions diferents (xerrades, tallers, consultes, visites, campanyes,...), que es duen a terme en un número total aproximat de 30.000 intervencions anuals.

En la taula següent presentem els serveis que actuen en relació al VIH/Sida a nivell local (així com la seva titularitat), i les diferents actuacions que duen a terme, assenyalant els àmbits als quals fan referència. La informació que trobem en aquesta taula es presenta tal i com els mateixos representants dels serveis l'han facilitat i en relació a quin agent ho ha fet, i és en base

⁵ Vegeu punt 2.1.1 *Dades objectives: fonts i tractament*

a la qual s'ha elaborat l'anàlisi que presentarem al llarg d'aquest punt. Tot i que poden existir actuacions vinculades a diversos serveis, s'han recollit només en relació a un d'ells per tal de no distorsionar l'anàlisi posterior. Cal apuntar que la finalitat d'aquesta anàlisi no és en cap moment la de valorar ni fiscalitzar l'acció de cada un dels serveis, sinó la d'analitzar l'acció directa o indirectament vinculada a la temàtica del VIH/Sida a nivell local, de forma general i conjunta.

SERVEI / TITULARITAT ACTUACIONS QUE REALITZA	ÀMBITS			
	Prevenió	Detecció	Tractament	Inserció
AIDS-QUTH, Grup de suport a afectats de Sida				
Suport psicològic i afectiu a afectats				
Acompanyament social a afectats				
Pont amb serveis determinats per a afectats				
Activitats físiques i medicina alternativa per a afectats				
Activitats de sensibilització				
Àrea de Salut H2O (Col·lectiu gai, lesbiana, bisexual i transexual del camp de Tarragona)				
Salut <i>on-line</i>				
Àrea de Salut Pública Consell Comarcal Baix Camp - Assessoria de Salut de l'Oficina Jove / CC Baix Camp, Regidoria de Joventut Ajunt. de Reus				
Activitats amb pares				
Intervencions individuals				
Xerrades als IES				
Formacions a professionals				
Projecte Maragda				
Oci nocturn				
Campanya "Només depèn de tu"				
Tallers "Escola taller Baix camp"				
Exposició "Sex o no sex"				
Suport a professionals i borsa de recursos				
Campanyes de sensibilització (Dia Mundial contra la Sida,..)				
Difusió mitjans de comunicació				

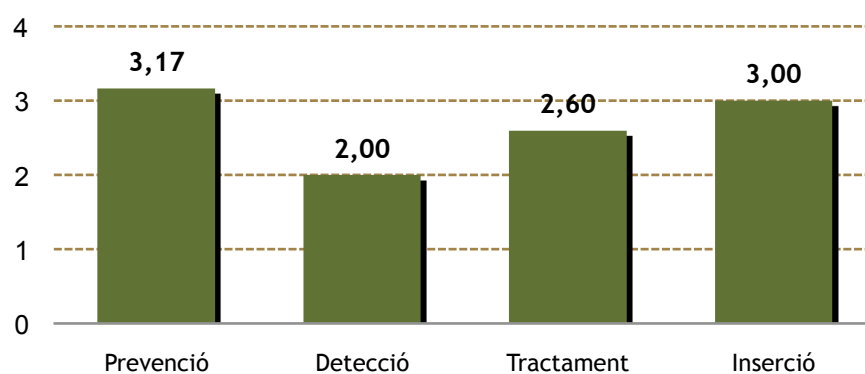
	P	D	T	I
ARSU (Associació Reus Som Útils)				
Reunions setmanals				
DIPI (Programa de Diversificació de Punts d'Intercanvi de xeringues)				
Revista "Liberarsu"				
Activitats de participació ciutadana				
ARSUFESTA				
Espais oci nocturn				
Tallers/xerrades/debats				
ASSIR (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) / Institut Català de la Salut (ICS)				
Atenció psicosexual				
Educació/prevenió				
Tarda Jove				
Atenció social				
Atenció i informació Oficina de farmàcia				
Sensibilització davant ús píndola dia després				
Venda de preservatius				
Informació del telèfon d'atenció VIH/Sida 24 hores				
Centre d'acollida i activitats "La Illeta" / Salut Pública Ajunt. de Reus, Servei de drogodependències HUSJR				
Necessitats bàsiques				
Activitats i tallers				
Atenció, acollida i acompanyament				
Educació per la salut i reducció de danys				

	P	D	T	I
Centre Sanitari Residencial d'atenció a les drogodependències - Granja Escola Castelló / AEC-GRIS				
Atenció mèdico-psicològica				
Educació per la salut				
Participació en l'entorn				
Dispensació de preservatius gratuïts				
Pis de reinserció socio-laboral				
Espai Jove de Salut H20 (Col·lectiu gai, lesbiana, bisexual i transexual del camp de Tarragona)				
Atenció presencial				
Intervencions grupals				
Programa d'Intercanvi de Xeringues (PIX) / COFT, Ajuntament de Reus, Generalitat de Catalunya				
Programa d'Intercanvi de Xeringues a oficines de farmàcia				
Servei de Drogodependències HUSJR - Pla d'accions sobre drogues de Reus / SAGESSA, Salut Pública Ajuntament de Reus				
Actuació en l'àrea d'infermeria				
Actuació en l'àrea psicoterapèutica				
Tractaments amb metadona (PTM/PDMF)				
Intervenció social				
Intervenció socio-comunitària				
Servei de Medicina Interna HUSJR - Unitat VIH i Hospital de dia / SAGESSA				
Consultes intrahospitalàries				
Visites preferents Hospital de dia				
Visites ambulatories				
Profilaxis post-exposició				
Actuació davant agressions sexuals				
Informació general infectats VIH				
<i>Counselling</i>				

	P	D	T	I
Servei de prevenció de drogodependències / Salut Pública Ajuntament de Reus				
Actuacions en l'àmbit educatiu				

També en relació a aquest volum total, apuntem a continuació la mitjana d'actuacions que cada servei realitza, en funció de l'àmbit al qual fan referència.

Figura 1. Mitjana d'actuacions per servei

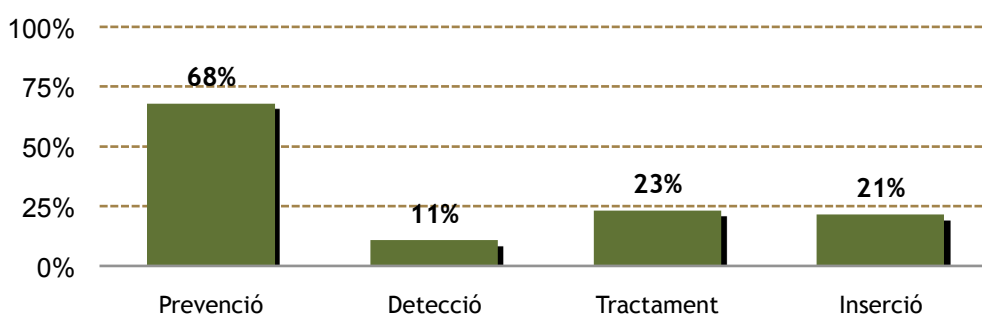


Font: Elaboració pròpia

Acció local: pes relatiu dels diversos àmbits

Pel que fa al volum relatiu de l'acció local, en funció de l'àmbit al qual fa referència, cal apuntar que la tasca de la majoria de serveis abarca més d'un àmbit (2,07 àmbits de mitjana) mentre que les actuacions que aquests serveis duen a terme són més enfocades a un sol àmbit, tot i existir actuacions que abarquen més d'un àmbit (resultant-ne 1,23 àmbits de mitjana per actuació). Aquesta circumstància explica el fet que la gràfica que presentem a continuació, i que que ens servirà per mostrar el pes relatiu que cada un dels àmbits té en el volum total de l'acció local, mostri uns percentatges superiors al cent per cent.

Figura 2. Actuacions per àmbit



Font: Elaboració pròpia

L'àmbit que té un pes relatiu major en el si de l'acció local, si ens fixem en les diverses actuacions que realitzen els diferents serveis, és el de la prevenció, seguit de l'àmbit del tractament i el de la inserció.

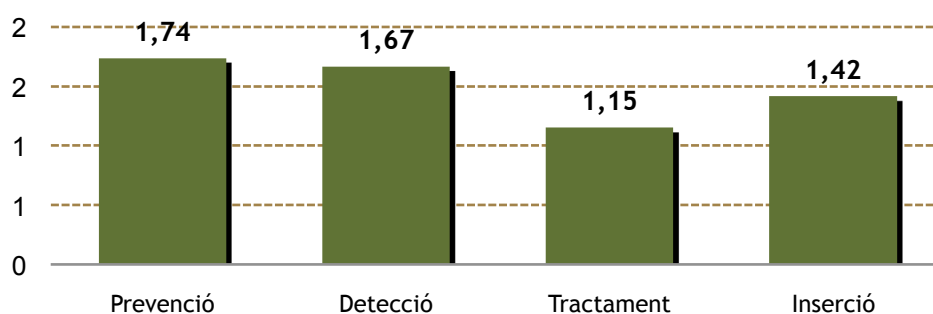
Acció local: professionals i beneficiaris

Apuntem a continuació alguns aspectes referents a les persones vinculades a l'acció local: professionals i beneficiaris.

Pel que fa als professionals vinculats a l'acció local, podem assenyalar que per a dur a terme les actuacions es compta amb una mitjana d'1,5 professionals. Les mitjanes corresponents als diversos àmbits es presenten a continuació. Cal apuntar que el que no ens permet reflexar

l'anàlisi quantitativa és si aquests professionals que duen a terme les actuacions són sempre els mateixos per als diversos serveis (circumstància que es produeix sovint i que abordarem més endavant), ni el volum de feina que per tant assumeixen aquests.

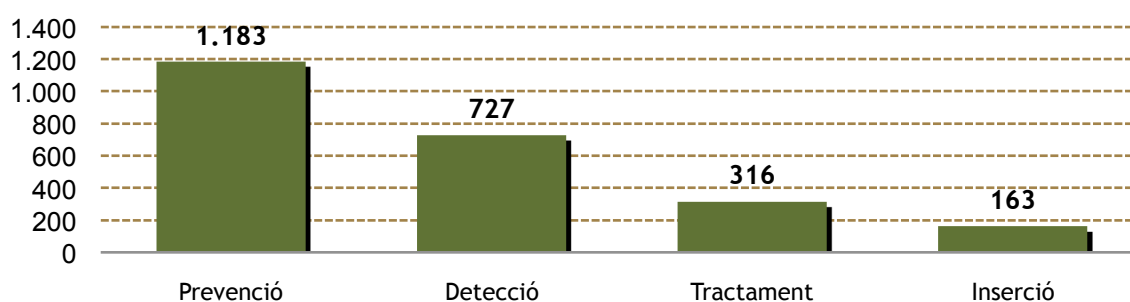
Figura 3. Mitjana de professionals per actuació



Font: Elaboració pròpia

Per acabar, i poder obtenir una visió general dels beneficiaris de l'acció local (essent conscients de les limitacions inherents a l'anàlisi d'aquestes dades⁶), partim del número aproximat de persones que es considera s'han beneficiat de les actuacions al llarg d'un any, per a presentar-ne les mitjanes, de nou posant-les en relació a l'àmbit al qual fan referència.

Figura 4. Mitjana de beneficiaris anuals per actuació



Font: Elaboració pròpia

⁶ Vegeu punt 2.1.1 Dades objectives: fonts i tractament

2.3 Diagnosi per àmbits

Presentem en aquest punt el gruix de la diagnosi, que conté l'anàlisi exhaustiva per a cada àmbit d'actuació. Així, posem en relació el context presentat (dades objectives en relació a epidemiologia i serveis i recursos) i les aportacions i argumentacions obtingudes del tractament de dades subjectives (entrevistes i enquestes de diagnosi, i documentació específica), tot desenvolupant aquestes relacions i tractant totes les dades de forma conjunta i cohesionada.

2.3.1 Àmbit de la prevenció

La prevenció és una tasca prioritària i imprescindible en el treball referent al VIH/Sida, i així s'entén des dels agents locals que hi estan involucrats, com demostra el pes específic majoritari que té aquest àmbit en les actuacions dels serveis i recursos existents⁷. Corroborem així una clara voluntat, existent ja des de fa anys, d'actuar a nivell local en aquest àmbit, que la majoria dels ciutats serveis i recursos consideren ha de ser el puntal prioritari i fil conductor de qualsevol tipus d'actuació.

Les conclusions ja presentades sobre l'anàlisi de dades epidemiològiques però, ens mostren una tendència creixent pel que fa als nous casos de VIH detectats en els darrers anys per part de l'HUSJR (contrària al manteniment i lleuger decrement de casos en el conjunt de Catalunya⁸). Així, cal plantejar-nos el perquè tot i estar destinant importants esforços a la prevenció aquesta no sembla resultar prou eficaç a l'hora d'evitar nous contagis.

Amb l'objectiu d'abordar correctament l'anàlisi de la realitat existent des de la perspectiva de la prevenció, i d'intentar donar respostes a la qüestió que acabem de plantejar, presentem la diagnosi tractant diversos aspectes claus estretament relacionats entre si, de forma ordenada.

⁷ Vegeu 2.2.2 *Anàlisi general de serveis i recursos existents*

⁸ Vegeu 2.2.1 *Anàlisi de dades epidemiològiques*

La perspectiva de la prevenció

Adquireixen especial rellevància a l'hora de parlar de la prevenció, els canvis que en el citat anàlisi s'han identificat en relació a les vies de transmissió dels nous contagis.

L'anàlisi de dades epidemiològiques ens mostra en els últims anys la clara tendència cap a un major pes de la transmissió via sexual enfront la gairebé desaparició de contagis en usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) - el que havia estat el col·lectiu majoritari pel que fa a casos de Sida si tenim en compte el període 1985-2010 a Catalunya -, així com un major i creixent pes de la transmissió entre heterosexuals per davant de les relacions entre homes que tenen sexe amb homes (HSH). Matitzar que aquesta circumstància s'observa si tenim en compte ambdós sexes en comptabilitzar els nous casos detectats, no així si tenim només en compte els homes, i que cal no oblidar el fet que el col·lectiu homo i bisexual representa un percentatge molt baix de la població.

A més de la realitat que fan pal·lesa aquestes dades, no hem d'obviar el fet que aquestes fan referència als casos detectats i no a aquells casos existents que no coneixem i en relació als quals evidentment no podem fer hipòtesis, si bé podem tenir en compte el fet que els individus que pertanyen als col·lectius que històricament s'han vist més afectats pels contagis són habitualment més propensos o propers a la realització de proves de detecció.

Aquest canvi pel que fa als patrons de transmissió en relació amb el pic epidèmic de la dècada dels 80 i primera meitat dels 90 ens emplaça a fer dues reflexions:

- La primera, en relació a la bona tasca preventiva que durant tots aquests anys s'ha dut a terme en relació als col·lectius amb risc elevat de contagi (sovint malanomenats "grups de risc"), especialment entre UDVP (arribant a la gairebé extinció de contagis per aquesta via), i en menor mesura entre HSH (ja que el nivell de conscienciació adquirit entre aquest col·lectiu no es tradueix en un atan pronunciada disminució de casos).
- La segona, en relació a la necessitat de replantejament (ja iniciat en els darrers anys) de la perspectiva de la prevenció, que deixaria de focalitzar majoritàriament la seva acció a aquests col·lectius, per passar a focalitzar-la a les pràctiques de risc en general, entenent així que és la població en el seu conjunt a qui s'ha de dirigir la prevenció.

Població clau amb risc elevat de contagi: programes preventius i grau de conscienciació

L'organització mundial ONUSIDA (UNAIDS) apunta en el seu informe anual de 2010⁹, els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP), els homes que tenen sexe amb homes (HSH) i els treballadors i treballadores sexuals, com a *població clau* amb alt risc de transmissió del VIH. A continuació tractem la prevenció duta a terme a nivell local en relació a aquests col·lectius específics.

Usuaris de drogues per via parenteral (UDVP)

Des del pic epidèmic de VIH s'han focalitzat els esforços preventius a nivell internacional en aquest col·lectiu, i resulta prou evident, en vista de l'evolució de les dades epidemiològiques, el bon resultat dels programes específics destinats a la prevenció entre UDVP, que han conduït a un alt grau de conscienciació d'un dels col·lectius que de forma més massiva s'han vist afectats per l'epidèmia durant les dues passades dècades.

Els programes de minimització de riscos i d'intercanvi de xeringues (PIX, DIPI) s'han consolidat com a recursos preventius d'accés fàcil i gratuït que s'han anat automatitzant, funcionen eficaçment i són actualment ben coneguts pels seus potencials usuaris. Aquests s'han anat mostrant conscienciats amb el consum higiènic i segur (trencant així amb la idea que són impermeables als discursos preventius). A això cal afegir-hi que els patrons de consum han anat canviant i l'heroïna s'ha vist desplaçada per altres substàncies no directament vinculades a l'ús de la via parenteral.

La continuïtat i major consolidació d'aquest tipus de programes han de servir per mantenir aquesta tendència positiva, davant el caràcter cíclic dels consums de drogues i els canvis de patrons en el consum (l'ús de la via parenteral per consumir altres substàncies,...). Així mateix, i per seguir prevenint el contagi entre usuaris de drogues, s'identifiquen com a altres aspectes a tenir en compte els riscos derivats del consum poc higiènic de cocaïna o la possibilitat de posar més mitjans a l'abast dels usuaris de drogues per via parenteral (sales de consum higiènic,...).

Una altra possible qüestió preventiva a abordar des d'una perspectiva més àmplia del consum de drogues, com tractarem més endavant, és el fet que en ocasions s'identifiquin pràctiques sexuals de risc associades al consum de substàncies.

Homes que tenen sexe amb homes (HSH)

⁹ UNAIDS. *Global Report: Unaided report on the global Aids epidemic 2010*

Pel que fa un dels altres col·lectius que s'ha mostrat especialment vulnerable al VIH des del pic epidèmic dels anys 80 i primera meitat dels 90, el dels HSH, es considera que ha adquirit un alt nivell de conscienciació gràcies a la bona tasca preventiva duta a terme. En aquest sentit les associacions i entitats locals són percebudes com òptimes canalitzadores d'aquesta prevenció, que ha portat a una major sensibilitat del col·lectiu davant la problemàtica, traduïda entre d'altres aspectes a la realització de més i més freqüents proves de detecció entre els membres del col·lectiu.

La lleu disminució de casos detectats per aquesta via de transmissió ha fet que perdés pes davant la transmissió per relacions entre heterosexuals si tenim en compte el total de nous casos detectats durant els últims anys a l'HUSJR, però segueix sent la principal via de transmissió entre els nous casos detectats si només tenim en compte els homes.

De fet les dades referents als últims anys a l'HUSJR, i la tendència identificada en el Global Report de l'UNAIDS referent a un ressorgiment dels contagis entre HSH, reforcen la percepció d'una certa relaxació d'aquest col·lectiu, en el si del qual creixen els comportaments sexuals d'alt risc. De fet, el mateix informe apunta un estudi realitzat a Catalunya segons el qual una tercera part dels HSH han mantingut relacions anals sense protecció amb parelles esporàdiques recentment¹⁰.

Entre representants d'entitats i serveis mèdics locals, es planteja com a possible motiu d'aquesta relaxació, la cronificació de la malaltia, entenent que a conseqüències menys negatives la prevenció disminueix, augmentant les pràctiques sexuals de risc. Més endavant recuperarem aquest aspecte novament.

Treball sexual

El cas dels i les treballadores sexuals és ben diferent, ja que no existeixen a nivell local programes específics orientats a aquest col·lectiu que hagin gaudit de continuïtat.

La sensació d'haver viscut en els darrers anys un cert increment de l'activitat lligada al treball sexual (circumstància que pot estar lligada a la situació econòmica i a l'aïllament individual de la societat actual), i la dificultat d'actuar en el si d'un àmbit desregulat i difícil de controlar com és el de l'anomenada prostitució de carretera, aporten arguments per pensar que el risc associat a aquest col·lectiu podria explicar en part els canvis observats pel que fa a les vies de transmissió causants de les noves infeccions i a l'edat dels individus que l'adquireixen. Així, des d'alguns dels centres sanitaris locals s'apunta al col·lectiu d'usuaris de treball sexual com a un dels més

¹⁰ UNAIDS. *Global Report: Unaid report on the global Aids epidemic 2010*

representats entre els nous casos detectats. Sembla clara la necessitat d'actuar preventivament entre aquest col·lectiu, aspecte que es seguirà tractant més endavant en aquest anàlisi.

Pràctiques de risc i sentiment d'invulnerabilitat de la població en general (i en especial dels joves) respecte el VIH

Les conclusions de l'anàlisi de dades epidemiològiques ens assenyalen les pràctiques sexuals de risc com a principal i creixent via de transmissió i ens emplacen a percebre la població en general com a diana de la tasca preventiva. Així, les dades reforcen la percepció de que la població en general té conductes sexuals de risc i que abandona paulatinament l'ús del preservatiu i les mesures de protecció davant les infeccions de transmissió sexual (ITS).

Entenent que en l'actualitat la considerable quantitat d'informació i recursos i l'accessibilitat als mateixos (així com l'important volum d'intervencions preventives que ja es duen a terme) fan gairebé impossible el desconeixement del risc per part dels ciutadans, ens hem de plantejar quins són els motius de que la població en general segueixi tenint aquestes conductes sexuals de risc (ho farem en el proper punt d'aquest anàlisi - *Problemàtiques davant la prevenció*), però com a possible puntal d'aquests motius volem cercar d'explicar el perquè existeix un sentiment d'invulnerabilitat respecte el VIH (entenent-lo com a com a manca de consciència dels riscos reals, com a percepció allunyada i aliena de la possibilitat de contagi, com a banalització dels riscos).

La UNAIDS apunta com una de les variables a tenir en compte a l'hora de fer un anàlisi de la prevenció, el nivell de coneixement de la incidència real de la malaltia per part de la població¹¹. És precisament el desconeixement de l'incidència real del VIH/Sida i del perfil actual dels infectats, la que apunta a ésser la principal causa d'aquest sentiment d'invulnerabilitat. En els darrers anys la relativa normalització del VIH/Sida ha fet que perdés repercussió en els mitjans i pes en l'àmbit de la prevenció de la salut, quedant-se massa limitat pel que fa a la seva visibilitat pública en campanyes puntuals de sensibilització que podríem considerar ja poc eficaces a l'hora de fer arribar a la població l'estat actual de la problemàtica. Aquesta circumstància ens fa pensar que existeix una manca de coneixement per part de la població en general de la incidència real de la malaltia, i dels canvis referents als perfils dels nous casos detectats. Així, es segueix pensant que és un problema que afecta sobretot a una determinada part de la població (els malanomenats "grups de risc") i genera una relaxació de la resta de

¹¹ UNAIDS. *Global Report: Unaid report on the global Aids epidemic 2010*

persones en relació a les seves conductes sexuals, al no interioritzar-lo com un risc real. Aquest element de desconeixement real pot ser major entre els més joves¹², que per la seva edat no han viscut el *boom* que inicialment va portar el VIH a tenir una gran presència en l'esfera pública, tot i que són el públic diana de bona part de la tasca preventiva que es duu a terme, sobretot en l'àmbit de l'educació formal¹³. En aquest sentit, cal apuntar que s'han consolidat els referents educatius en relació a la tasca preventiva lligada a l'educació sexual que es desenvolupen als centres educatius de la ciutat, i any rera any es duen a terme les intervencions amb regularitat. A més, amb programes com la Tarda Jove s'han posat a l'abast dels joves recursos accessibles i gratuïts.

Problemàtiques i amenaces davant la prevenció

A continuació concretem una sèrie d'aspectes que arrel d'aquesta diàgoni hem identificat com a problemàtiques o amenaces en relació a la tasca preventiva. Aquests aspectes, juntament amb d'altres de més generals ja apuntats i la valoració de la tasca preventiva realitzada que tractarem més endavant, són els que considerarem haurien de tenir-se en compte de cara a planificar la tasca preventiva que reculli el Pla en relació a aquest àmbit:

Ús del preservatiu: Anticoncepció Vs protecció

La informació i formació en relació a l'ús del preservatiu com a mètode preventiu per defugir les pràctiques sexuals de risc i, per tant, principal element de protecció envers la transmissió del VIH, ha tingut sempre diversos obstacles a superar, la majoria dels quals segueixen vigents i en alguns casos més que mai: l'ús del preservatiu no és instintiu i es percep sovint com una barrera en les relacions que en disminueix el plaer i les desnaturalitza (menys amor, menys real), sovint quan s'utilitza se'n fa un mal ús (només abans de l'ejaculació,...), i mentre que entre els més joves aquestes idees es segueixen reproduint, entre molts adults el preservatiu ni tan sols es cataloga com a mètode de protecció a utilitzar.

A aquests obstacles (i vinculat alhora als mateixos) n'hem d'afegir un altre que cada vegada de forma més evident es presenta com a principal obstacle en l'ús sistemàtic del preservatiu: l'anticoncepció per davant de la protecció.

¹² Vegeu Annex 1. *Enquesta Joves i Sida* (pregunta 1)

¹³ Vegeu punt 2.2.2 Anàlisi de serveis i recursos

L'aparició de nous mètodes anticonceptius i en especial l'anticoncepció d'emergència (píndola del dia després), han desplaçat l'ús del preservatiu i amb ell la informació sobre conductes sexuals de risc, augmentant el sentiment d'invulnerabilitat davant el VIH i altres ITS. En aquest sentit, s'apunta que descobriments com la vacuna del papiloma poden generar un efecte similar. La impossibilitat de controlar l'ús sistemàtic d'aquests mètodes dificulta les tasques de prevenció, i fa que augmentin les pràctiques sexuals de risc. En aquest sentit, es detecten des d'algun dels serveis sanitaris locals comportaments de risc especialment preocupants, com el d'algunes noies joves que es queden embarassades només pel fet de comprovar la seva fertilitat, i després interrompen l'embaràs.

La nova realitat socio-cultural i els col·lectius nousvinguts

L'adequació dels missatges i tipologia d'intervencions preventives a la nova realitat socio-cultural de la població i en especial dels joves, no sempre és fàcil ja que suposa un esforç per adequar els antics models de prevenció a una realitat cada dia més canviant, i a una velocitat cada vegada més alta. Evidentment en el si d'aquests canvis en la realitat s'hi troben canvis de comportament sexual, que en cas de ser identificats (indicadors dels canvis de comportament sexual¹⁴: relacions que es tenen abans dels 15 anys, relacions de risc que es tenen amb parelles no estables durant un any,...) ajudarien a la tasca d'adaptació de l'acció preventiva. Una possibilitat en aquest sentit és la de tenir en compte la població diana de cara a dissenyar les accions preventives.

La receptivitat i permeabilitat que tan els joves com la població en general poden mostrar davant la prevenció depèn en bona mesura d'aquesta capacitat d'adaptació. En aquest sentit, existeix la percepció que el caràcter excessivament negatiu i a vegades paternalista d'un model preventiu anterior hauria de ser revisat en pro d'una educació sexual més encarada a la positivitat de la sexualitat com a possibilitat i llibertat, que no deixa però de necessitar de mesures de protecció per tal de fer-la tan segura com saludable.

La diversitat cultural de la societat local actual esdevé un repte més per a les tasques de prevenció, davant la necessitat d'adaptar també els discursos i missatges a diferents cultures i religions que tracten de forma diversa les relacions sexuals (si bé parlem sempre d'un missatge de prevenció universal que evidentment és, en el fons, el mateix per tothom, i no s'ha de veure condicionat per cap cultura en particular), i pot generar algunes dificultats idiomàtiques que en determinats àmbits (atenció primària per exemple) es poden trobar els professionals.

¹⁴ UNAIDS. *Global Report: Unaid report on the global Aids epidemic 2010*

Altres nous elements a tenir en compte davant la prevenció i que la diversitat cultural actual posa sobre la taula són l'aparició de conductes sexuals diverses vinculades a altres realitats culturals (en relacions prematrimonials de joves de determinats col·lectius es substitueixen les relacions vaginals per relacions orals i anals que no necessiten de mètodes anticonceptius, HSH que canvien els seus comportament sexuals en trobar-se realitats culturals més respectuoses que les d'origen,...).

El moviment migratori ha generat també canvis en la realitat del VIH a nivell local, ja que s'identifica en determinades zones de la ciutat la presència de persones nouvingudes procedents sobretot de l'Àfrica subsahariana, que arriben ja infectats des del seu país d'origen, i tenen sovint una percepció diferent de la problemàtica i del risc que suposen les seves pràctiques sexuals.

Públics i àmbits als quals no arriba la prevenció

La major part d'aquells serveis i recursos preventius consolidats (tan locals com a nivell català) als quals els individus no accedeix proactivament estan destinats a col·lectius específics (ja hem comentat els bons resultats pel que fa referència a aquests) o a franjes determinades de la població: els joves, als quals s'arriba la major part de les vegades a través de l'àmbit educatiu formal. Òbviament aquesta és la via que garanteix un millor accés als joves, si bé no pot fer extensiu el missatge a tots els joves del municipi, ni òbviament a la població de més edat. L'alt grau de consolidació d'aquestes intervencions educatives és remarcable ja que actua en franjes d'edat on és desitjable sentar les bases de comportaments sexuals saludables, i permet actuar any rera any sobre un ampli ventall de població.

Ara bé, el fet d'estar enfocats a determinades franges d'edat i que es desenvolupin gairebé sempre en determinats àmbits i contextos, fa que la tasca preventiva no arribi a determinats sectors i franjes de la societat. Així, amplis ventalls de la resta de la població, reben molt poques vegades inputs relacionats amb el VIH (només els tenen si els cerquen de forma proactiva), i no el tinguin present com un risc real que els pugui afectar.

En aquest sentit, i sense perdre de vista que cal cercar fórmules per arribar a la major part de la població possible, s'apunten diversos públics força desatesos des del punt de vista de la prevenció i que s'identifiquen com a vulnerables al risc, com són la població major de 40 anys (si bé ja hem assenyalat alguna intervenció amb aquesta franja com a diana de la prevenció), o els discapacitats psíquics.

En aquesta mateixa línia, podem parlar també d'àmbits més desatesos on es troben col·lectius de joves (casals, clubs esportius, entitats de lleure, cases d'oficis,...) als quals cal sumar la dificultat

d'arribar a col·lectius més marginals i nouvinguts no regulats que es queden fora de la tasca preventiva.

Espais amb immediatesa de conductes sexuals de risc

La possibilitat de fer arribar la tasca preventiva en aquells espais on s'identifica que es produeixen pràctiques sexuals de risc s'apunta com una de les claus per millorar la tasca preventiva, davant la immediatesa de la intervenció que es podria dur a terme. La dificultat d'aquesta intervenció i la conveniència de realitzar-la mitjançant treballadors formats sobre el terreny amb un cert grau d'integració en el mateix suposen els principals obstacles per materialitzar-la. Tot i així, assenyalen espais o activitats que durant aquesta diagnosi s'han identificat com a potencials espais on dur a terme aquest tipus d'accions preventives (i recuperem diversos aspectes tractats en relació a la població clau amb risc elevat de contagi):

- **Treball sexual:** sobretot el que es desenvolupa a peu de carretera per part de, en molts casos, persones en situació social de vulnerabilitat que no tenen accés als serveis sanitaris ni als mitjans de prevenció actuals.
- **Àmbit de l'oci nocturn:** la sensació que en aquest àmbit i en especial quan va lligat a ús de substàncies psicotròpiques, individus que poden tenir interioritzat el discurs de les relacions sexuals segures poden baixar la guàrdia en relació a la protecció, ens emplaça a considerar la necessitat d'insistir en la tasca preventiva en aquest àmbit (en la línia d'alguns recursos que ja existeixen a la ciutat - Nits Q, ARSUFESTA,... -).
- **Pràctiques sexuals de risc en HSH:** s'assenyalen fenòmens com el *cruising* en que una conducta sexual promiscua pot generar espais d'alt risc. La possibilitat d'identificar-los¹⁵ i dur-hi a terme accions preventives podria ser una via per tal d'intentar reconduir la tendència que les dades fan pal·lesa pel que fa a la transmissió entre HSH.

¹⁵ *Internet sitúa al menos 18 puntos de 'cruising' en la demarcación.* Diari de Tarragona, dilluns 21 de febrer de 2011.

Problemàtiques en l'acció dels agents

Com a últim punt d'aquesta sèrie de problemàtiques, ens fixem en la tasca preventiva duta a terme des de la perspectiva dels agents per exposar dues problemàtiques compartides per bona part dels mateixos.

La primera, en relació a la manca de coordinació i interrelació entre els diversos agents preventius, existint la sensació que existeixen molts recursos però que no s'optimitzen suficientment. En aquest mateix sentit, no existeix una avaluació sistemàtica i amb metodologies similars dels diversos programes.

La segona, la manca de recursos (tan professionals, com financers, com materials) en els serveis, per tal de poder dur a terme les actuacions correctament, repensar-les, adaptar-les i innovar.

Oportunitats davant la prevenció

Enfront les problemàtiques tractades en l'anterior punt, s'assenyalen a continuació una sèrie d'elements percebuts com a oportunitats davant la tasca preventiva:

- Amplis sectors de la societat actual es caracteritzen per una major obertura de la seva mentalitat en relació a abordar determinats temes lligats a la pròpia sexualitat i la dels altres, que la d'uns anys enrera. Aquesta circumstància pot beneficiar la tasca preventiva en la línia de normalitzar definitivament la problemàtica del VIH i poder-la tractar així de forma clara i senzilla. En aquesta mateixa línia, cal valorar el fet de començar a treballar aquesta tasca orientant-la a la implicació de joves i parels conjuntament.
- Certes tendències existents en l'actualitat que proposen abordar l'educació sexual des d'una perspectiva més general de capacitació en habilitats socials i individuals (autoestima, coneixement d'un mateix, capacitat d'elecció) pot suposar un bon marc per treballar la prevenció en relació al VIH. En aquest sentit, s'hauria de valorar el fet d'iniciar aquesta feina en individus de menor edat que en l'actualitat.
- La detecció com a prevenció: tot i que tractarem aquest tema de forma específica més endavant, cal percebre el foment de la detecció precoç com a mitjà preventiu de cara a

evitar nous contagis per relacions sexuals de risc en individus infectats que desconeixen el seu estat.

- La consolidació i rigorositat amb què s'apliquen els protocols d'actuació lligats a prevenir els contagis en el marc dels centres sanitaris (esterilització de materials, profilaxis postexposició,...).

2.3.2 Àmbit de la detecció

La detecció és un àmbit clau en l'acció contra el VIH/Sida, ja que s'estima que un 30% de les persones amb VIH a Espanya desconeixen el seu estat¹⁶, el que implicaria un total de 45.000 persones. El fet de poder detectar els casos de contagi que són ignorats permetria reduir les pràctiques de risc dutes a terme per aquelles persones que són portadores del virus i per tant una possible transmissió del VIH. En aquest sentit l'àmbit de la detecció i el de la prevenció conflueixen, i la difusió de la conveniència i necessitat de realitzar-se proves de detecció quan s'han dut a terme pràctiques de risc es presenta com una tasca prioritària dins el propi àmbit de la prevenció.

La detecció o diagnòstic precoç és el gran repte de l'acció en VIH/Sida en l'actualitat, no només per l'impacte ja comentat que pot suposar de cara a la prevenció de nous contagis (beneficiant per tant la salut pública), sinó perquè la persona diagnosticada pugui accedir als tractaments en el moment adequat (beneficiant per tant l'afectat), és a dir, aquell en que els tractaments poden ser menys agressius i els efectes i conseqüències d'aquests menys problemàtics i que la vegada li podran garantir una qualitat i esperança de vida molt superior. En aquest sentit l'àmbit de la detecció i el del tractament conflueixen, i el diagnòstic precoç es presenta com la clau que obre la porta a la possibilitat del malalt de tenir una bona qualitat de vida.

“ Desgraciadamente cerca de la mitad de las personas infectadas por el VIH se siguen diagnosticando en estadios avanzados de la enfermedad y coincidiendo con un evento oportunista (infección o cáncer) y esta tendencia no muestra signos de mejoría a lo largo del tiempo”¹⁷. “Si estas personas se hubieran realizado el test del VIH unos meses antes y se hubieran puesto en tratamiento, su esperanza de vida hubiera sido muy cercana a la de la población general: unos 70 años. Pero al aparecer estos procesos, el pronóstico cambia por completo ”¹⁸.

Per tant, la detecció precoç (i les circumstàncies que la poden condicionar i/o afavorir: informació, accessibilitat, ...) es plantegen com els puntals de l'anàlisi de la realitat local en relació a aquest àmbit que presentem a continuació.

¹⁶ *Tribuna Abierta*. Infosida.es

¹⁷ Josep M^a Gatell, Cap de la Secció de Malalties Infeccioses de l'Hospital Clínic de Barcelona, a *Tribuna Abierta*. Infosida.es

¹⁸ Daniel Zulaika. Coordinador del Plan del Sida Osakidetza - Servicio vasco de salud, a *Tribuna Abierta*. Infosida.es

Detecció i diagnòstic precoç

A nivell general, s'apunta com a aspecte positiu lligat a la detecció, la relativa rapidesa en que en s'obtenen actualment els resultats de les analítiques, mentre que l'encara vigència del període finestra segueix essent el punt feble en aquest mateix sentit.

La detecció de nous casos a l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus es dona en persones lleugerament majors que a la resta de Catalunya¹⁹. Així, podem pensar que la detecció és més tardana que en el seu entorn (existint la possibilitat que els contagis es produeixin en edats més avançades).

Abordem a continuació l'acció local en l'àmbit de la detecció del VIH en relació a col·lectius amb elevada prevalença i en relació a la població en general, separatament.

Detecció entre col·lectius amb elevada prevalença (UDVP, HSH)

Resulta evident que la tasca de detecció és especialment important entre aquells grups que s'han vist històricament més afectats pel VIH, i que presenten una elevada prevalença entre els seus membres.

En aquest sentit, cal destacar el sistema de cribatge sistemàtic que es duu a terme en el si del Servei de drogodependències de l'HUSJR entre els seus usuaris, que es beneficien així d'un control i seguiment encarat a identificar possibles nous casos de la forma més precoç possible entre aquest col·lectiu (UDVP).

En relació al col·lectiu d'HSH, s'identifica una certa tendència positiva d'alguns dels seus membres a la realització de controls analítics periòdics. Així mateix, bona part de l'acció preventiva que es duu a terme entre els col·lectius d'HSH s'orienta en aquells casos en que es creu necessari a la realització de proves de detecció. Ara bé, s'apunta el fet que potser entre els membres d'aquest col·lectiu existeix la percepció de les proves de detecció com una mesura de prevenció i protecció que evidentment no és (obvien el període finestra), circumstància que pot generar una relaxació envers la protecció en les seves relacions.

Com a oportunitat lligada a la detecció de nous casos entre aquests col·lectius (i extrapolable també a la població en general) trobem la possibilitat de detectar nous casos entre les parelles sexuals de les persones diagnosticades recentment.

¹⁹ Vegeu punt 2.2.1 Anàlisi de dades epidemiològiques

Detecció entre la població en general

Com ja hem comentat anteriorment, tot fa pensar que pel que fa als casos de VIH només estem veient la punta de l'iceberg. En aquest sentit és especialment pertinent la sospita de que entre aquella població que no s'emmarca en cap dels col·lectius amb elevada prevalença o alt risc de contagi (que són més propers a la realització de proves de detecció), existeixen casos no detectats de VIH.

La percepció àmpliament compartida és que la població en general no es fa proves del VIH, a no ser que vagin de la mà d'una persona ja diagnosticada amb la qual han mantingut pràctiques de risc. Les possibles explicacions a aquesta realitat apunten a la por i temor a fer-se la prova, i a reflexions com “jo no sóc grup de risc”, que ens remeten a una encara present estigmatització de la problemàtica que pot generar el refús davant la simple proposta de realització d'una prova dotada encara en l'actualitat d'una connotació moralment negativa per a determinades persones.

La prova del VIH no es realitza de forma sistemàtica en el marc de les analítiques convencionals i rutinàries, i una persona pot passar tota la teva vida sense haver-se fet la prova si no ho ha demanat explícitament o se li ha proposat arrel de la sospita per part d'un professional de la salut de possibles malalties o infeccions oportunistes.

Des de l'atenció primària s'apunta la necessitat del consentiment exprés del pacient per fer la prova com un entrebanc a l'hora de detectar nous casos i intentar dur a terme així una tasca de despistatge que s'intenta promoure oferint l'analítica d'ITS a persones que han dut a terme pràctiques de risc o que presenten altres factors de risc. En la mateixa línia, la poca formació específica dels professionals de l'atenció primària en aquest àmbit dificulta el poder realitzar aquesta tasca amb garanties.

La mateixa recomanació de fer-se la prova a aquelles persones que es dirigeixen a l'ASSIR (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) o la Tarda Jove és una altra mesura que es potencia en el marc de l'acció local en l'àmbit de la detecció.

En relació a l'exposat fins ara pel que fa a la detecció entre la població en general, i lligada al fet que tota l'acció local en l'àmbit de la prevenció es dugui a terme des de l'àmbit sanitari (la possible diversificació d'aquesta tasca serà objecte del punt que tractarem a continuació) apuntem la següent reflexió:

“ Una mayor sensibilización e información de la población general sobre los claros beneficios del diagnóstico precoz y del tratamiento antirretroviral, deberían ir acompañadas de un trabajo dirigido hacia el sistema sanitario, de forma que las personas profesionales de la salud sepan identificar de manera adecuada los marcadores clínicos o conductuales de los y las pacientes que acuden al sistema sanitario, con objeto de recomendar, desde su iniciativa, la conveniencia de

*practicar la serología del VIH, ante una posible evidencia. Esto debería ser aplicable tanto para la atención primaria como para la atención especializada (ginecología, dermatología, endocrinología, odontología, cirugía, etc.)”*²⁰.

A aquesta major sensibilització de la població i els professionals de la salut com a elements clau per a la reducció del diagnòstic tardà, cal afegir la millora de l'accessibilitat al sistema sanitari de persones amb risc d'exclusió i vulnerabilitat social.

Accessibilitat a les proves de detecció del VIH: la prova ràpida

A més de millorar l'accessibilitat al sistema sanitari, existeixen possibilitats més enllà d'aquest per garantir l'accés a la realització de proves de detecció del VIH. De fet es percep com a limitació el que aquestes no siguin accessibles fora d'un àmbit sanitari formal que pot generar certes barreres i reserves a ulls de persones que no es decideixin a fer-se la prova per por a l'estigma apuntat anteriorment. En aquest àmbit la detecció no és anònima i es pot percebre com a assenyalada o etiquetada.

En aquest sentit, l'aparició de la prova ràpida o test ràpid del VIH es presenta com una gran oportunitat d'aproximar la prova als ciutadans de forma confidencial i anònima, i de fet, *“experiencias realizadas tanto por los servicios de salud como por ONG han mostrado su gran utilidad”*²¹. L'avaluació d'aquestes experiències apunta que *“el diagnóstico precoz es mucho más frecuente en clínicas de ITS o en dispositivos no clínicos - ONG que realizan las pruebas diagnósticas de VIH -. (...) Valoramos que esta situación, donde el diagnóstico tardío en fases avanzadas, es infrecuente, se produce por la política de atención basada en la proximidad, donde se posibilita una accesibilidad máxima”*²².

La proximitat, confidencialitat i anonimat que la prova ràpida pot garantir, es presenten com a elements potenciadors d'una major realització de proves de detecció entre la població, i una més accessible porta d'entrada (en cas de resultats positius) al circuit sanitari per tal de confirmar resultats i iniciar els tractaments pertinents.

²⁰ Jorge Del Romero Guerrero, Coordinador del Centro Sanitario Sandoval de Madrid i vicepresident de la Fundación FIT, a *Tribuna Abierta*. Infosida.es

²¹ Daniel Zulaika. Coordinador del Plan del Sida Osakidetza - Servicio vasco de salud, a *Tribuna Abierta*. Infosida.es

²² Jorge Del Romero Guerrero, *ídem*.

A Reus la possibilitat de fer-se aquesta prova ràpida només existeix a l'Hospital de dia de l'HUSJR, on per altra banda no s'acostuma a realitzar, al considerar-lo un àmbit on aquest mètode no té massa sentit davant la possibilitat de realitzar una analítica més segura de cara al diagnòstic, i que obté resultats relativament ràpids. A això cal afegir-hi la manca d'informació sobre la possibilitat de realitzar-se la prova, i el desconeixement per part de la població dels beneficis que genera una detecció precoç del VIH.

Experiències com la de la realització de la prova ràpida en oficines de farmàcia que s'està duent a terme a Catalunya i el País Basc, o la realització de la mateixa en entitats i ONG, són especialment interessants de cara a la planificació de l'acció local en aquest àmbit. En relació a aquestes experiències, s'apunta la necessitat de fer accessible la prova ràpida en àmbits no sanitaris, però també en àmbits normalitzats i no directament lligats a determinats col·lectius amb risc elevat de contagi.

Finalment, i com hem tractat ja en l'àmbit de la prevenció en relació a determinats col·lectius de nouvinguts entre els quals s'estan identificant portadors del VIH des del seu país d'origen, sorgeix el repte de fomentar una tasca de detecció entre aquests col·lectius, sense crear perjudicis envers els mateixos en el seu entorn.

2.3.3 Àmbit del tractament

El del tractament és el més específic dels àmbits d'acció en VIH/Sida que hem analitzat fins ara, en el sentit que els serveis que hi actuen són gairebé sempre aquells estrictament sanitaris (focalitzats bàsicament en el Servei de Medicina Interna de l'HUSJR, en el cas de Reus) i que els destinataris de l'acció es redueixen als afectats, i deixen de ser tots els ciutadans. En aquest mateix sentit, els participants que poden aportar visions en relació a aquest àmbit resten més limitats als professionals que hi actuen i els afectats que reben el tractament. El caràcter eminentment mèdico-científic de la principal vessant d'aquest àmbit (el tractament mèdic) planteja altres límits evidents en una anàlisi de les característiques d'un pla local: el nivell d'aprofundiment en coneixements mèdico-científics vinculats al tractament del VIH/Sida ha de ser coherent amb l'objectiu del Pla, i les particularitats locals queden difuminades en el marc d'un àmbit que pel seu caràcter supera les delimitacions territorials.

Tot i això, abordem aquest àmbit des de diverses perspectives que resulten importants per la nostra anàlisi, defugint una excessiva focalització del tema en els propis tractaments i la seva vessant més científica, i centrant-nos en aquells aspectes vinculats al tractament que tenen unes repercussions més àmplies a nivell local i que si que han de ser objecte de la tasca de planificació d'aquest Pla.

Tractaments mèdics: accés, adhesió i resposta

Tal i com ja hem apuntat en l'anàlisi dels àmbits anteriorment exposats, hi ha clars punts de confluència entre aquests i l'àmbit del tractament en diversos sentits:

- El primer, el que ens emplaça a percebre el tractament com a una mesura més de prevenció davant el contagi del VIH. El tractament antiretoviral en les persones portadores del VIH disminueix la càrrega viral comunitària (el nivell de virus del VIH que existeix en el si d'una comunitat), la infectivitat de les persones que el reben, i per tant redueix en última instància el risc de transmissió del VIH.
- El segon, el que posa en contacte la detecció i el tractament, i que remarca la importància d'una detecció precoç del VIH per l'accés al tractament en el moment adequat per a garantir la qualitat i esperança de vida de l'afectat.

En aquest sentit cal destacar que, a diferència de períodes anteriors, bona part dels casos que arriben a la Unitat de VIH de l'HUSJR ja no ho fan en fase Sida, sinó prèviament, quan el tractament és menys problemàtic i els resultats del mateix més beneficiosos de cara al pacient i a la seva qualitat i esperança de vida. Així mateix, i sigui quina sigui la fase de desenvolupament de la infecció, l'actual immediatesa i rapidesa en que un cop detectat el nou cas es pot accedir al tractament, estalvia medicacions més dures i seqüeles més importants als pacients.

En l'actualitat, i a diferència del que succeïa abans de l'aparició del tractament antiretroviral d'alta eficàcia (HAART) el 1996, es compta amb diversos fàrmacs antiretrovirals de gran efectivitat de cara a evitar la progressió de la malaltia i que prolonguen enormement l'esperança i qualitat de vida dels afectats²³. Aquest canvi en l'esperança de vida dels malalts es pot veure reflexat en l'evolució de la mortalitat i prevalença en casos de Sida al llarg dels últims anys²⁴. A més, aquests fàrmacs, ara més còmodes i tolerants, tenen uns efectes adversos que es poden tractar i minimitzar, tot i que aquestes interaccions i efectes adversos segueixen essent factors canvians difícils de preveure. Aquesta circumstància i les infeccions i malalties que segueixen derivant-se de la Sida són els principals problemes que persisteixen des de la perspectiva del tractament mèdic dels afectats, a més de l'adhesió als tractaments, que tractem a continuació.

Els canvis apuntats pel que fa al caràcter dels fàrmacs antiretrovirals, així com altres millores que han produït, com la possibilitat d'individualitzar els tractaments, són factors que faciliten que els pacients siguin més adherents i complidors. Tot i això, l'adhesió als tractaments segueix essent un problema pel que fa al tractament mèdic del VIH/Sida. Encara existeixen pacients que abandonen el tractament, que decideixen no adherir-s'hi un cop diagnosticats, o que són poc constants en relació als mateixos. Aquesta manca de continuïtat complica el seguiment dels tractaments i l'eficiència dels mateixos. En aquest sentit, des de la Unitat de VIH de l'HUSJR, s'identifica els pacients UDVP com un dels col·lectius entre els quals és més difícil aconseguir constància en el tractament, ja que es perceben com a poc cenyits als circuits habituals del mateix, circumstància que acaba implicant en molts casos l'inici de diversos tractaments al llarg del temps. Com a aspecte positiu lligat al tractament en pacients d'aquest col·lectiu, podem esmentar la bona relació que existeix en l'actualitat entre el tractament amb metadona i l'antiretroviral.

Finalment, i per tancar el referent al tractament mèdic del VIH/Sida, apuntar la dificultat existent per a fer arribar a persones en situació de vulnerabilitat social i/o dependència l'atenció necessària en aquest sentit.

²³ Jorge Del Romero Guerrero, Coordinador del Centro Sanitario Sandoval (Madrid) i vicepresident de la Fundación FIT, a *Tribuna Abierta*. Infosida.es

²⁴ Vegeu punt 2.2.1 *Anàlisi de dades epidemiològiques*

Atenció integral: la vessant psicològica del tractament

La normalització i consolidació de la vessant psicològica del tractament és un altre dels aspectes positius a valorar en relació a l'àmbit del tractament, i fa confluïr també el tractament amb l'àmbit de la prevenció.

El *counselling* (consell assistit, relació d'ajuda, assessorament psicològic) “*es la metodología recomendada por la OMS para dar apoyo a los afectados por el VIH. Tiene como objetivo prevenir la infección y aportar apoyo psicosocial a los afectados. Su fin último es conseguir que la persona afectada adquiera un sentimiento de responsabilidad individual para el cambio (...) Es importante la escucha activa, mostrando empatía y respeto a sus decisiones*”²⁵.

El *counselling* està plenament integrat en el si de l'acció de l'Hospital de dia i la Unitat de VIH de l'HUSJR, des del moment en que es realitza una prova de detecció i es recomana l'entrada en el tractament, i durant tot el tractament mèdic del pacient.

En aquest mateix sentit, s'apunta a l'existència d'una major informació que en períodes anteriors en relació a la problemàtica del VIH, com a causa de la major conscienciació i menor temor dels pacients davant el tractament, circumstància que produeix un menor número de visites per motius lligats a aquesta vessant psicològica del tractament.

Tot i aquesta consolidació de la vessant psicològica del tractament mèdic, i l'existència fora de l'àmbit hospitalari de recursos de suport psicològic i acompanyament (entitats com Aids-Quth, o centres com La Illeta - si bé vinculat només a UDVP -), continuen havent-hi molts malalts que no tenen suport afectiu i/o psicològic en el seu entorn, i que són reticents a dirigir-se a grups d'ajuda mútua a causa de la confluència de diversos perfils i estadis de la malaltia en el sí d'aquests. Seguirem tractant aquest aspecte del suport i acompanyament psicològic fora de l'àmbit hospitalari, en la diagnosi de l'àmbit de la inserció.

Recursos i coordinació dels serveis sanitaris

Com ja hem comentat, l'acció local pel que fa a l'àmbit del tractament i concretament al tractament mèdic i seguiment del mateix, es duu a terme pràcticament de manera exclusiva al Servei de Medicina Interna - Unitat de VIH de l'HUSJR²⁶.

²⁵ Cristina Aguado Taberné y M^a Teresa Brea Ruíz. *La infección por el VIH, Guía práctica*. Sociedad andaluza de enfermedades infecciosas, 2003

²⁶ Vegeu punt 2.2.2 *Anàlisi general de serveis i recursos existents*

Existeix en el sí d'aquesta Unitat una important mancança pel que fa a recursos humans, essent insuficients les hores de dedicació dels dos únics professionals (que no tenen una dedicació plena a aquesta Unitat) per assumir la tasca assistencial que suposa la població acumulada en tractament existent en l'actualitat. Cal tenir en compte que els pacients que estan sota tractament antiretroviral tenen com a referència assistencial per qualsevol complicació, infeccions o malalties associades, o altres necessitats mèdiques, aquesta Unitat, i que els recursos humans disponibles la situen en un clar desavantatge envers les unitats de VIH o malalties infeccioses d'altres centres hospitalaris similars.

En relació als recursos sanitaris existents pel que fa a aquest àmbit, cal abordar també la relació existent entre la Unitat de VIH i els diversos serveis de l'HUSJR i els centres d'atenció primària (CAP). La relació entre aquests ens és fluïda i existeix una bona comunicació entre els mateixos, aspecte molt positiu a tenir en compte.

Tot i això, des de l'atenció primària s'apunta a la possibilitat d'un major grau de coordinació (accés a la informació clínica - resultats de les proves de seguiment del tractament,... -) per tal de poder dur a terme una correcta i integral atenció als pacients. Aquesta, i en la línia de la manca de recursos humans que hem estat comentant, podria generar una major implicació de l'atenció primària en els casos corresponents de VIH/Sida, i potser ajudar a pal·liar la sobrecàrrega que sofreix la Unitat de VIH de l'HUSJR. En aquest sentit, es faria necessària una major formació del personal sanitari dels CAP en relació a la temàtica del VIH.

Les aportacions recollides en aquest sentit, si bé traspassen els límits de l'acció local per les institucions que s'hi veuen involucrades (Institut Català de la Salut, SAGESSA,...) es tindran en compte de cara la fase de planificació del Pla.

2.3.4 Àmbit de la inserció

La inserció és l'últim dels àmbits de l'acció local que tractarem (amb excepció del aspectes transversals a tots ells). En l'anàlisi d'aquest àmbit tindran lògicament un pes específic les aportacions dels afectats pel VIH/Sida en la fase de diagnosi. Tot i que l'acció en aquest àmbit va destinada sobretot a aquest col·lectiu, la seva naturalesa ens obliga a abordar l'anàlisi des de dues perspectives estretament relacionades: la del propi afectat, i la de la societat a la qual aquest cerca d'inserir-se, analitzant així com la visió que aquesta té del primer condiciona la seva inserció.

Aquestes dues perspectives, i una anàlisi més concreta en relació a la inserció laboral i la vessant socio-econòmica de la qüestió, són els punts que tractem a continuació.

Inserció des de la perspectiva de l'afectat

El caràcter menys tòxic i les seqüeles menys importants dels actuals tractaments garanteixen una major qualitat i esperança de vida al malalt i han conduït a la cronificació de la malaltia. En aquest sentit, s'apunta a l'absència o menor grau d'importància de manifestacions físiques com a factor clau de la normal inserció del malalt en la societat. A aquesta circumstància cal sumar-hi el fet que no sigui una malaltia de declaració obligatòria, aspecte que dona una major seguretat del malalt davant el seu entorn, però que genera una reflexió al voltant de la normalització real de la seva situació: els factors que apuntem com a facilitadors de la inserció del malalt són a la vegada factors que garanteixen la possibilitat de que la seva situació sigui ignorada per la societat i mantenir-la en l'anonimat. En aquest sentit, un dels problemes que persisteixen des de la perspectiva de l'afectat, i tot i que es perceben avenços progressius en relació al mateix, és la dificultat que suposa comunicar el seu estat al seu entorn més immediat, i en última instància a la pròpia parella, comunicació que sovint no s'arriba a produir. De fet, la recuperació de la normalitat és especialment complicada a nivell afectiu, i en concret en les relacions sexuals.

Entre els afectats l'acceptació de la pròpia situació es presenta com el pas més difícil de cara a recuperar la normalitat i en última instància el seu desenvolupament normalitzat (inserció) en el si de la societat. El sentiment de culpabilitat, remordiment i mala consciència que apareix sovint en els malalts condueix en molts casos a un autorebuig que pot portar conseqüències psicològiques nefastes, dificultant el seu propi procés d'inserció i derivant en ocasions en una

manca de capacitat d'esforç en pro d'aquesta, i en l'adopció d'una posició victimista per part de l'afectat.

Per tal d'ajudar a superar aquestes dificultats psicològiques existeixen diversos recursos a nivell local a l'abast dels afectats²⁷, ja sigui en el marc del *counselling* en el propi àmbit sanitari, o a través d'entitats i els seus grups d'ajuda mútua, mecanismes d'acompanyament social,... El problema sorgeix quan la no acceptació de la pròpia situació esdevé una barrera davant la mateixa possibilitat d'accedir i beneficiar-se d'aquests recursos, en el marc dels quals conflueixen una gran diversitat d'afectats (diferents perfils i diferents graus d'afectació) que a la vegada pot ésser percebuda com una nova barrera. Així, el mateix problema que aquests recursos poden ajudar a solucionar es presenta com la principal causa de la dificultat d'accés als mateixos.

Per altra banda, aquesta difícil acceptació de la pròpia situació va evidentment lligada a la percepció que la societat té (o que el mateix afectat creu que la societat té) de la malaltia i dels afectats. En aquest sentit, el perfil socio-econòmic de l'afectat i del seu entorn es presenten com un factor important a tenir en compte. Ambdós aspectes es tracten a continuació.

La perspectiva de la societat

La visió i percepció que la societat té envers la malaltia i els afectats sembla haver canviat al llarg dels últims anys, probablement arran de la major informació de la població sobre el caràcter i risc de contagi de la malaltia, i la tasca duta a terme en relació a la visualització social del malalt i les seves necessitats. D'aquí la desaparició de problemàtiques i conflictes en el marc dels centres assistencials arran del contacte amb malalts (freqüents en la primera fase d'irrupció de la malaltia), la major normalitat amb que s'afronten a nivell familiar i social els temes vinculats a la sexualitat i els seus riscos, o el tractament normalitzat que es fa de la temàtica en productes de consum televisiu dirigits a joves.

Ara bé, enfrontat amb aquesta tendència a la paulatina normalització trobem l'estigma encara vigent envers els malalts per part de la societat. Els prejudicis, pors i desconeixement de les conseqüències i incidència real de la malaltia, encara arrelats en amplis sectors de la societat, segueixen convertint el VIH/Sida en un tema tabú en la societat, i produint un alt grau de rebuig dels malalts. Aquests són encara sovint percebuts com a portadors d'una infecció contagiosa

²⁷ Vegeu punt 2.2.2 *Anàlisi general de serveis i recursos existents*

mortal (percepció aliena a la cronificació de la malaltia i als riscos reals de contagi) que han contret a causa d'algun comportament pervers o immoral (percepció estigmatitzada i aliena als canvis produïts en els patrons de transmissió i el risc real de contagi). Pot il·lustrar aquesta percepció l'opinió recollida a través de l'enquesta Joves i Sida²⁸. Així mateix, s'apunta a l'entorn laboral i les relacions afectives com a àmbits on aquest rebuig persisteix en major mesura, i al nivell socio-econòmic del malalt (i també el del seu entorn) com a factors determinants de la intensitat en que aquest rebuig es produeix. Un rebuig que evidentment augmenta el risc d'exclusió (i autoexclusió) social dels afectats.

En aquest sentit, una major i més clara informació de la ciutadania envers el caràcter i conseqüències de la malaltia i la seva incidència real, dirigida a eliminar-ne una imatge fortament estigmatitzada, es presenta com a element imprescindible de cara a aconseguir la seva completa normalització.

El factor socio-econòmic i la inserció laboral

Com ja hem comentat, existeix la visió compartida que el nivell socio-econòmic de l'afectat és un factor clau tan de la percepció que socialment es té del mateix com del seu risc d'exclusió social.

De fet, s'apunta que els problemes d'inserció persisteixen sobretot entre aquells afectats d'un perfil socio-econòmic més baix, a l'abast dels quals no existeixen programes o recursos d'inserció específics.

Òbviament lligat al nivell socio-econòmic dels afectats hem de tractar l'aspecte de la seva inserció en un àmbit, el laboral, en el qual persisteix un cert rebuig envers l'afectat pel VIH/Sida ja sigui per part dels companys com per part dels superiors. A més de la necessitat de canviar aquesta percepció negativa dels afectats, resulten prou evidents les necessitats específiques que aquests tenen com a treballadors, vinculades al tractament i conseqüències del mateix (baixes puntuals, flexibilitat horària,...). Així mateix, cal tenir en compte les seves necessitats en relació a l'accés a recursos d'inserció laboral normalitzats (tallers prelaborals, programes de foment de l'ocupació, empreses d'inserció...).

²⁸ Vegeu *Annex 1. Enquesta Joves i sida* (pregunta 3 i pregunta 5b)

La possibilitat de treballar del malalt però, va en última instància condicionada al grau d'afectació que sofreix, i actualment malalts en estat avançat i amb seqüeles més greus que les resultants dels actuals tractaments veuen com els seus ingressos es veuen reduïts a pensions i ajudes estatals sovint insuficients.

2.3.5 Àmbit transversal

Per finalitzar la diagnosi, volem analitzar alguns aspectes lligats a l'acció local en el seu conjunt i per tant transversals als àmbits anteriorment tractats. L'aspecte principal que abordarem en aquest sentit, és la coordinació existent entre els agents locals que actuen en l'àmbit del VIH/Sida. Si bé aquest aspecte ha pogut ser ja anteriorment objecte d'un anàlisi més concret en relació a un determinat àmbit d'actuació, a continuació l'analitzem des d'una perspectiva més global. A aquesta cal afegir-hi un punt específic dedicat a la recollida de dades epidemiològiques, al considerar-la una tasca important en relació a la qual no podem deixar de fer una reflexió des d'una perspectiva tècnica.

Coordinació d'agents

L'existència d'una comissió de treball que aglutina des de fa diversos anys a representants dels serveis i recursos que actuen l'àmbit del VIH/Sida a nivell local, és sens dubte una mostra del compromís amb l'acció coordinada en relació amb el VIH/Sida al municipi. En aquest sentit, la presència (i la mateixa existència) d'entitats del tercer sector que actuen a nivell local i representen alhora col·lectius específics (afectats, col·lectius amb risc elevat de contagi) en la citada comissió, és percebuda com un element molt positiu que dona un valor afegit a la tasca de la mateixa.

En relació a aquestes entitats, cal apuntar la insuficiència de recursos i manca de visibilitat de la seva acció que en ocasions esdevenen una barrera a la seva tasca. Aquesta mateixa circumstància és de fet extrapolable als serveis (sanitaris, comunitaris) existents, que majoritàriament identifiquen com a principal punt feble de la seva acció la manca de recursos, sobretot humans, en el si dels serveis (aspecte que ja hem abordat més concretament per a cada àmbit).

Tot i l'existència d'aquest ens per al foment del treball conjunt i coordinat entre els diversos agents, i com ja hem apuntat més concretament en l'anàlisi d'algun dels àmbits, aquesta coordinació es considera insuficient per part dels propis agents, i s'apunta a una potenciació d'aquesta com a mitjà per assolir una correcte optimització de tots els recursos existents i uns millors resultats de l'acció local en el seu conjunt.

En aquest sentit, el Pla local d'acció en VIH/Sida, com a element que assenta les bases d'aquesta acció local, pot esdevenir el punt de partida per a vehicular una major coordinació entre els agents que condueixi a la consecució del treball en xarxa pel que fa a l'acció local en VIH/Sida a Reus.

Recollida de dades epidemiològiques

La possibilitat de conèixer l'impacte epidemiològic del VIH/Sida en el municipi així com la seva evolució, i poder-lo comparar amb d'altres territoris, és transcendental de cara a tenir una base sòlida per a orientar l'acció local.

Així, l'existència de dades en relació al VIH facilitades per l'HUSJR, i les accessibles en relació a VIH i Sida per a Regió Sanitària de Tarragona i el conjunt de Catalunya a través del CEESCAT i l'ICO, són un aspecte positiu a tenir en compte.

Ara bé, el fet de que aquestes estiguin agrupades en relació a diferents períodes i en base a diferents criteris i categoritzacions²⁹, dificulten i limiten els possibles anàlisis. Aquest aspecte reflexa necessitats en relació a la recollida de dades epidemiològiques que es tindran en compte de cara a la fase de planificació.

²⁹ Vegeu punt 2.1.1 *Dades objectives: fonts i tractament*

3. SÍNTESI DE LA DIAGNOSI

La diagnosi presentada ens ha permès fer un retrat de la realitat actual pel que fa al VIH/Sida a nivell local, a partir de la recollida i tractament de dades i aportacions.

Amb aquesta síntesi de resultats i conclusions de la diagnosi, necessari punt de partida de la planificació de l'acció que té per objectiu presentar el Pla, donem resposta a la necessitat de presentar aquests continguts en un format més breu i accessible.

3.1 Contextualització

Aquest punt presenta una síntesi de l'anàlisi de dades epidemiològiques i de l'anàlisi de serveis i recursos³⁰ recollides en la diagnosi completa, en l'apartat 2.2 *Contextualització*. Aquestes dues anàlisis ajuden a contextualitzar l'àmbit territorial en el qual s'emmarca el Pla local, caracteritzat per una determinada incidència epidemiològica i una sèrie de serveis i recursos que actuen en l'àmbit del VIH/Sida.

3.1.1 Epidemiologia

Recollim a continuació les principals conclusions en relació a l'anàlisi de dades epidemiològiques³¹, recolzant-nos en algunes de les gràfiques més rellevants utilitzades en l'anàlisi. La síntesi que aquí presentem es centra en l'anàlisi de l'àmbit territorial en el qual s'emmarca del Pla (Reus), i fa referència als nous casos de VIH detectats els darrers anys, en relació als quals l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR) ha facilitat dades (2003-2010).

Amb l'objectiu de posar en relació l'evolució de la detecció de nous casos a l'HUSJR i la del conjunt de Catalunya, inclourem també resultats obtinguts de l'anàlisi comparativa duta a terme amb aquesta finalitat (2003-2009).

Així mateix, la visió conjunta d'aquests resultats i els obtinguts de l'anàlisi de la incidència, en aquest cas de la Sida, a la Regió Sanitària de Tarragona i Catalunya en una perspectiva més àmplia des de mitjans dels anys 80, ens ajudarà a identificar (tot i tractar-se de dades referents a diferents estadis d'evolució de la infecció) els canvis que s'han produït envers l'impacte de la problemàtica del VIH/Sida en el nostre entorn.

Finalment, i abans de presentar aquesta síntesi, cal apuntar que l'anàlisi es fonamenta en aquells nous casos detectats, i que per tant ens ofereixen una visió incompleta de la realitat, al no comptabilitzar possibles nous casos ignorats pels afectats dels quals evidentment no se'n pot tenir constància.

³⁰ Vegeu punt 2.1.1 *Dades objectives: fonts i tractament*

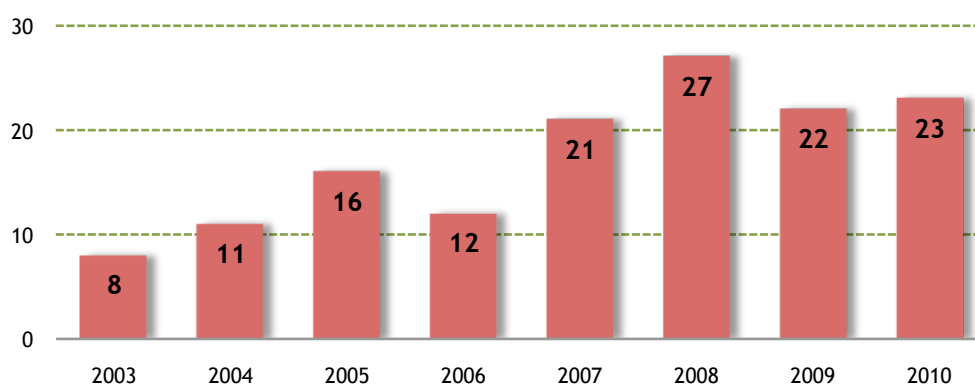
³¹ Vegeu punt 2.2.1 *Anàlisi de dades epidemiològiques*

NOUS CASOS DETECTATS DE VIH

Figures 13 i 22

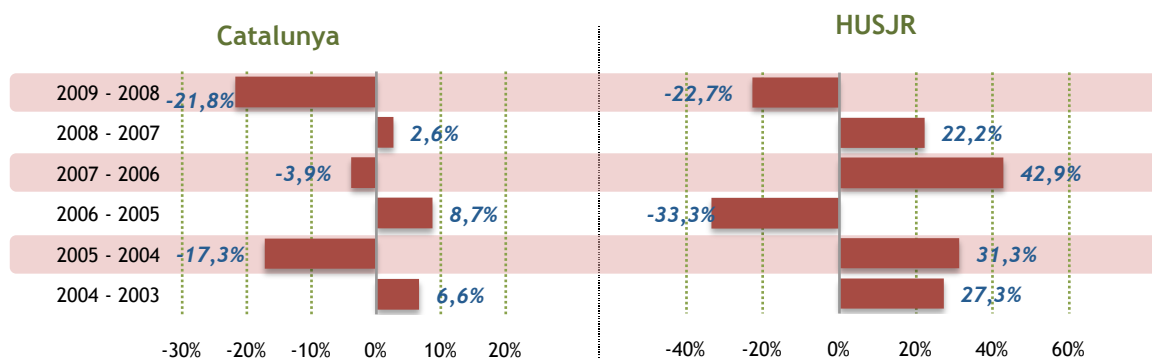
1. A l'HUSJR s'han detectat 140 nous casos d'infecció per VIH en 8 anys (2003-2010).
2. El número de nous casos de VIH diagnosticats anualment ha incrementat, passant de 8 nous casos al 2003, a 23 nous casos al 2010.
3. Aquesta tendència a l'evolució creixent de casos nous detectats anualment (que es manté la major part del anys a l'HUSJR), no coincideix amb la major estabilitat i certa tendència a la disminució de nous casos de Catalunya (2003-2009).

Figura 13: Evolució anual dels nous casos detectats de VIH a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Figura 22: Variació % anual de nombre de casos nous detectats de VIH, 2003 a 2009.



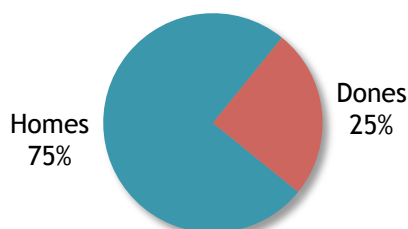
Font: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Hospital Universitari Sant Joan de Reus

NOUS CASOS DETECTATS DE VIH: GÈNERE I EDAT

Figures 14, 15, 6, 18 i 9

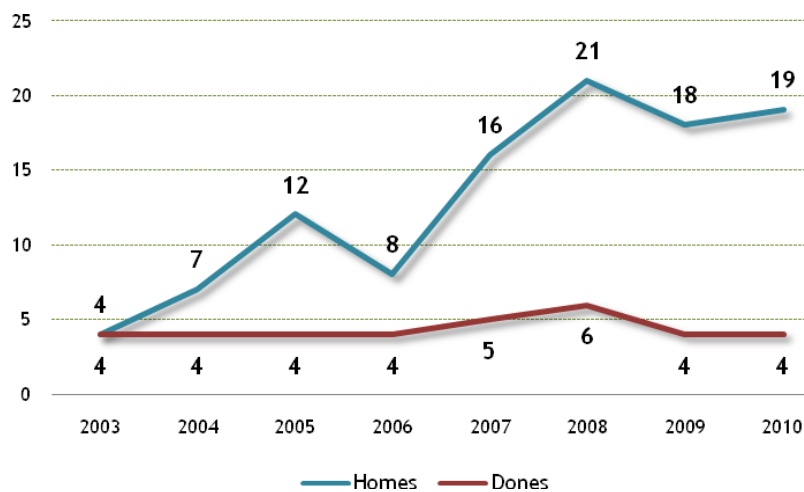
4. Tres quartes parts dels nous casos detectats a l'HUSJR entre el 2003 i el 2010, són en homes (proporció similar a la de Catalunya 2001-2009), als quals cal atribuir el creixement de nous casos detectats anualment, ja que pel que fa a les dones aquests es mantenen estables i amb una lleugera tendència al descens (a Catalunya 2001-2009 per ambdós gèneres la tendència és similar, a la paulatina disminució).
5. Pel que fa a l'edat, a l'HUSJR aquests nous casos són detectats majoritàriament en individus de 30 a 49 anys (sobretot homes de 35 a 49 anys), mentre que a Catalunya en individus de 25 a 39 (sobretot homes de 30 a 39). Així, es mostra una diferència que pot ser deguda a que el perfil dels nous casos d'infecció a Reus són en individus de més edat i/o una detecció tardana a Reus en comparació a Catalunya.

Figura 14: Distribució dels nous casos detectats de VIH segons gènere a l'HUSJR, 2003-2010.



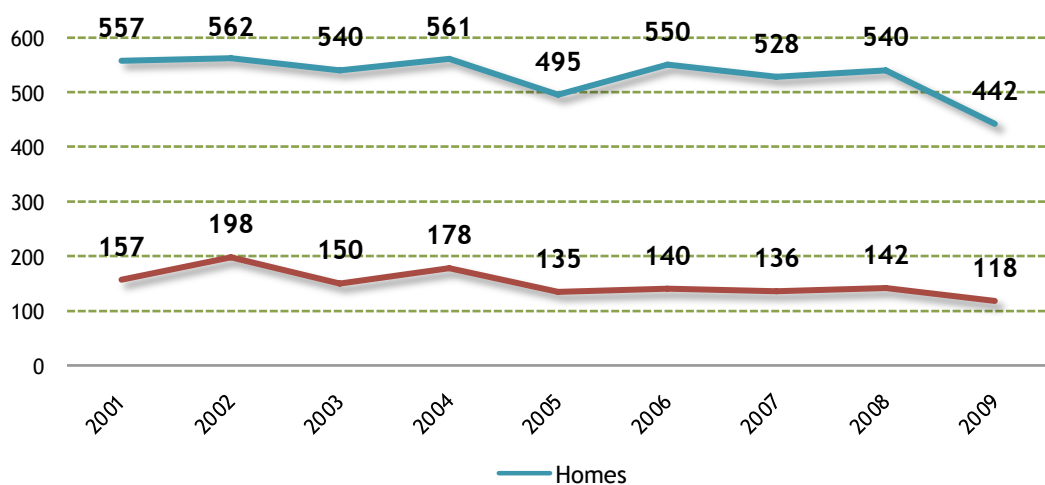
Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Figura 15: Evolució anual dels nous casos detectats de VIH a l'HUSJR segons gènere, 2003-2010.



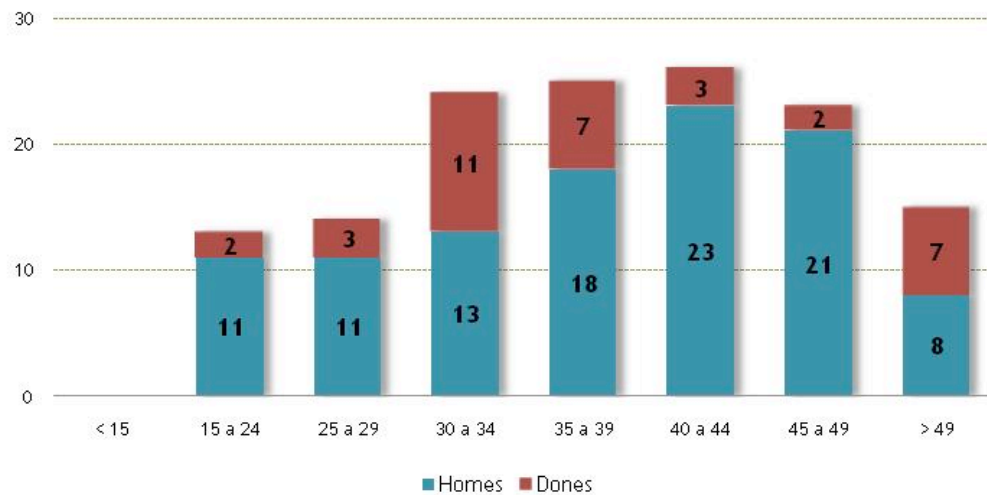
Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Figura 6: Evolució anual dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons gènere, 2001- 2009.



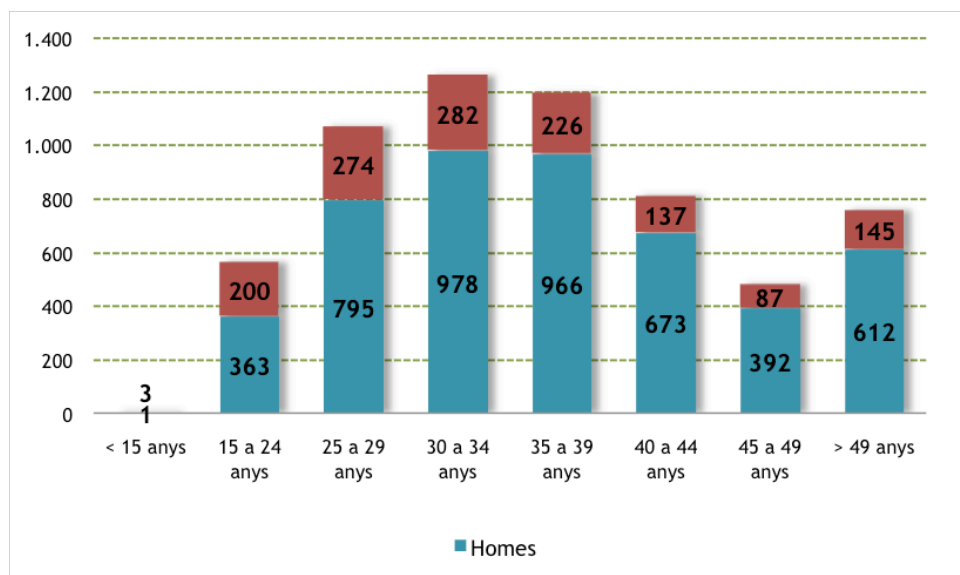
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Figura 18: Nous casos detectats de VIH segons grup d'edat i gènere a l'HUSJR, 2003-2010.



Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Figura 9: Nous casos detectats de VIH a Catalunya segons grup d'edat i gènere, 2001-2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

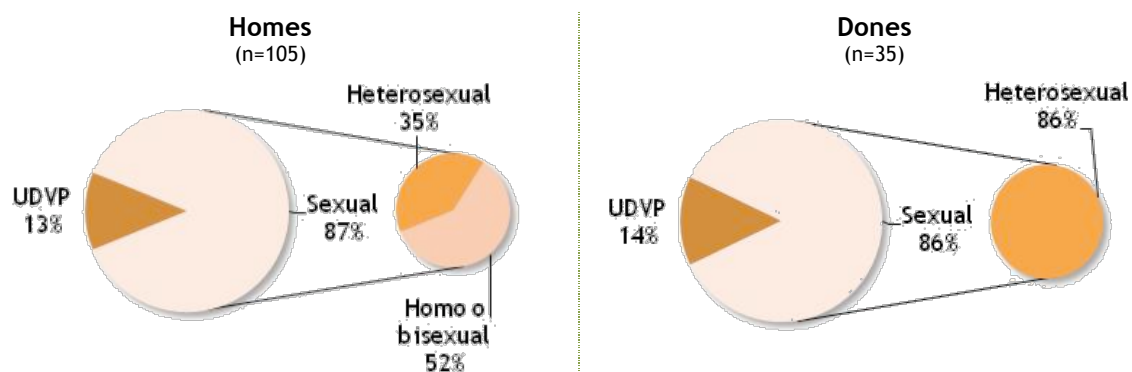
TRANSMISSIÓ DEL VIH

Figures 20, 21, 12 i 31

6. En els nous casos detectats de VIH en el període 2003-2009, la sexual és la via àmpliament majoritària (tan a Reus com a Catalunya).
7. En el marc d'aquesta via sexual majoritària,
 - A Reus: el pes relatiu dels nous casos en heterosexuals és lleugerament superior al dels nous casos en homo i/o bisexuals, si tenim en compte homes i dones (no així si tenim en compte només els homes, on el pes relatiu és major dels nous casos en homo i/o bisexuals). Aquesta circumstància es manté relativament estable any rere any.
 - A Catalunya: el pes relatiu de nous casos en homo i/o bisexuals és superior al dels heterosexuals tenint en compte ambdós gèneres, i l'evolució apunta un creixement d'aquest pes any rere any.
8. Els nous contagis per via parenteral (UDVP) es mantenen en ambdós casos (Reus i Catalunya) com a minoritaris al llarg del període. La tendència però és més marcadament decreixent en el cas de Catalunya.
9. Des d'una perspectiva temporal més àmplia, i observant també els nous casos diagnosticats, en aquest cas de Sida a Catalunya en el període 1985-2009, percebem que s'han produït en els últims anys importants canvis en els patrons de transmissió del VIH:
 - La transmissió per via parenteral (UDVP) ha disminuït notablement: mentre que és dominant en el conjunt de les dues últimes dècades, es presenta com a minoritària en els darrers anys.
 - La transmissió per via sexual és la que guanya pes, i es presenta clarament dominant en els darrers anys: heterosexuals majoritàriament si tenim en compte homes i dones, homosexuals/bisexuals si tenim en compte només els homes.

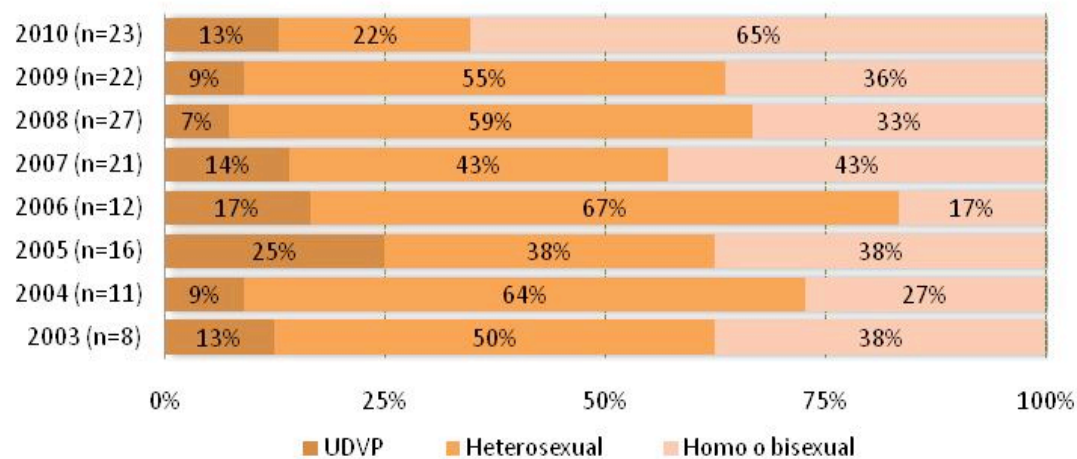
En relació a la valoració d'aquests resultats creiem convenient apuntar dos aspectes ja comentats al llarg de la diagnosi en relació al col·lectiu homo i bisexual: el fet que aquest representa un percentatge baix de la població (per tan fortament sobrerrepresentat en relació als nous casos), i el fet que el grau de conscienciació dels seus membres els fa tendir a una realització de proves de detecció que no es dona en heterosexuals.

Figura 20: Distribució dels casos detectats de VIH segons grup de transmissió i gènere a l'HUSJR, 2003-2010.



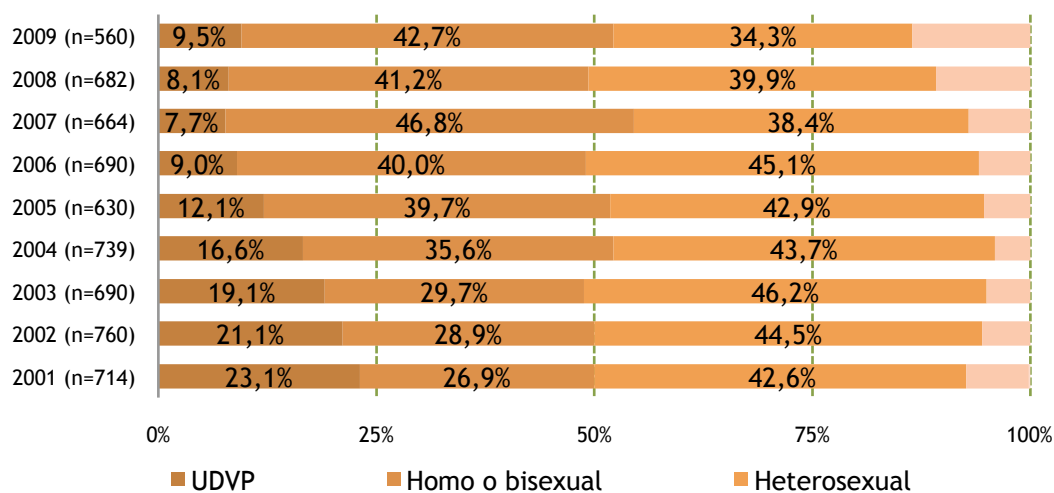
Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Figura 21: Distribució dels nous casos detectats de VIH a l'HUSJR segons grup de transmissió, 2003 al 2010.



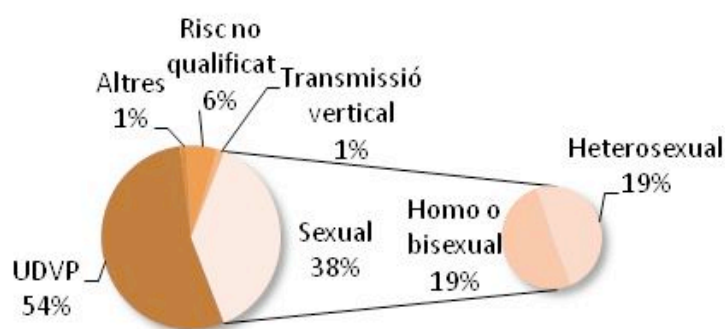
Font: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Figura 12: Distribució dels nous casos detectats de VIH a Catalunya segons grup de transmissió, 2001 al 2009.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Figura 31: Distribució dels casos detectats de SIDA a Catalunya segons grup de transmissió, 1985- 2010.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

3.1.2 Serveis i recursos

Recollim a continuació les principals informacions en relació als serveis i recursos vinculats directa o indirectament a l'acció local en VIH/Sida, així com les principals conclusions de l'anàlisi de les dades recollides referents a la seva acció. Ho fem de forma sintètica i recolzant-nos de nou en algunes de les gràfiques ja presentades en l'anàlisi.

VOLUM ABSOLUT DE L'ACCIÓ LOCAL

1. S'han registrat un total de 14 serveis que actuen a nivell local, directa o indirectament vinculats a la temàtica del VIH/Sida (aquests serveis tenen una mitja d'antiguitat d'entre 10 i 11 anys).
2. Aquests serveis realitzen un total de 56 tipus d'actuacions diferents (xerrades, tallers, consultes, visites, campanyes,...), que es duen a terme en un número total aproximat de 30.000 intervencions anuals.

PES RELATIU DELS DIVERSOS ÀMBITS EN L'ACCIÓ LOCAL

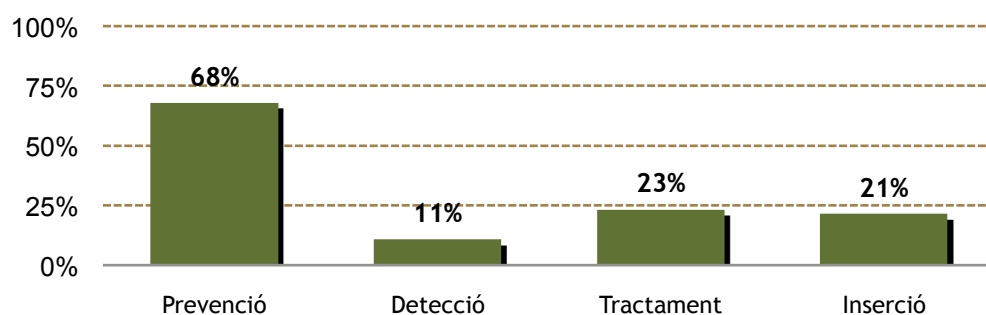
Figura 2

3. La tasca de la majoria de serveis abarca més d'un àmbit (2,07 àmbits de mitjana) mentre que les actuacions que aquests serveis duen a terme són més enfocades a un sol àmbit (1,23 àmbits de mitjana per actuació).

Aquesta circumstància explica el fet que la gràfica que presentem a continuació, i que que ens servirà per mostrar el pes relatiu que cada un dels àmbits té en el volum total de l'acció local, mostri uns percentatges superiors al 100%.

4. L'àmbit que té un pes relatiu major en el si de l'acció local, si ens fixem en les diverses actuacions que realitzen els diferents serveis, és el de la prevenció, seguit de l'àmbit del tractament i el de la inserció.

Figura 2. Actuacions per àmbit



Font: Elaboració pròpia

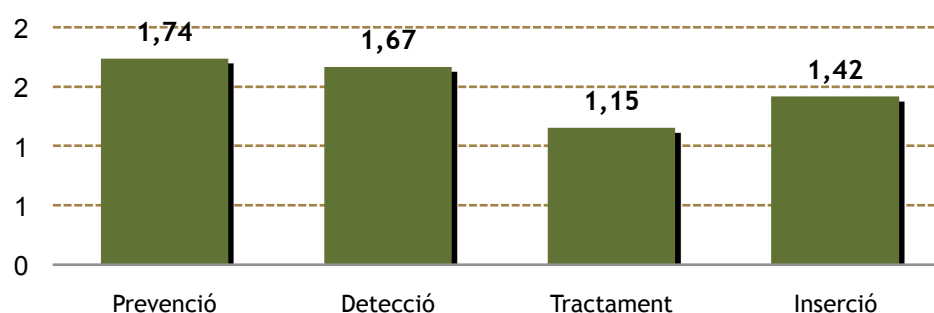
ACCIÓ LOCAL: PROFESSIONALS

Figura 3

5. Per a dur a terme les actuacions es compta amb una mitjana d'1,5 professionals.

Cal apuntar que el que no ens permet reflexar aquest resultat de l'anàlisi quantitativa és si aquests professionals que duen a terme les actuacions són sempre els mateixos per als diversos serveis, ni per tant el volum de feina que assumeixen. Aquesta qüestió s'ha abordat des de la vessant qualitativa per a cada un dels àmbits.

Figura 3. Mitjana de professionals per actuació



Font: Elaboració pròpia

3.2 Diagnosi per àmbits

Aquest punt presenta una síntesi del gruix de la diagnosi recollida en l'apartat 2.3 *Diagnosi per àmbits*, que conté l'anàlisi exhaustiva per a cada àmbit d'actuació, en base al context presentat, i recollint de forma conjunta i cohesionada aquelles aportacions i argumentacions obtingudes del tractament de dades subjectives (entrevistes i enquestes de diagnosi i documentació específica³²).

Presentem aquesta síntesi degudament sistematitzada, organitzant els continguts en base a una sèrie d'idees força (aspectes claus/ítems tractats) identificades durant la diagnosi per a cada àmbit d'actuació. Així, apuntem per a cada una d'aquestes idees força aquells arguments més importants en relació a les mateixes, distingint els positius (el que serien punts forts i oportunitats en una anàlisi DAFO) i els negatius (el que serien punts febles i amenaces en una anàlisi DAFO).

³² Vegeu punt 2.1.2 *Dades subjectives: participants i metodologia*

3.2.1 Àmbit de la prevenció

Idea força: **SENTIMENT D'INVULNERABILITAT DE LA POBLACIÓ EN GENERAL RESPECTE EL VIH**



- Canvi de perspectiva en la prevenció: les pràctiques de risc (tota la població, més enllà dels col·lectius amb alt risc de transmissió) com a diana de la tasca preventiva.
- Existència de programes de prevenció dirigits a la població en general.



- Existència d'un evident sentiment d'invulnerabilitat de la població en general respecte el VIH, que es percep encara com una problemàtica que afecta només a determinats grups de risc.
- Desconeixement de l'incidència real del VIH i dels canvis en el perfil dels nous casos.
- Àmbits (ex: educació no formal, ...), sectors (ex: discapacitats psíquics, col·lectius marginals,...) i franges d'edat (ex: majors de 40 anys) als quals no arriba la tasca preventiva (sinó és arrel d'una actitud proactiva dels mateixos).
- Visibilitat pública reduïda a un model de sensibilització limitat a campanyes puntuals, generalistes i percebudes com a poc eficaces (ex: DMS)

Idea força: USUARIS DE DROGUES PER VIA PARENTERAL (UDVP)



- Bon resultat de la tasca preventiva en UDVP: consolidació i coneixement dels programes específics de disminució de danys i riscos (PIX, DIPI, ...) entre els seus usuaris.
- Existència en l'actualitat d'un alt grau de conscienciació del col·lectiu envers el consum higiènic i segur, i implicació en desenvolupament dels programes (ARSU).
- Canvis en els patrons de consum i abandonament progressiu de l'heroïna.



- Caràcter cíclic del consum de drogues (possible tornada de l'heroïna) i ús de la via parenteral per consum d'altres substàncies.

Idea força: HOMES QUE TENEN SEXE AMB HOMES (HSH)



- Increment de la sensibilitat i conscienciació del col·lectiu davant la problemàtica des del pic epidèmic dels 80-90.
- Implicació de les entitats locals (H2O) en la tasca de prevenció i l'acció envers el VIH/Sida local en general.



- La reducció de nous casos és lleugera, i segueix essent un col·lectiu molt sobrerrepresentat en la incidència de VIH/Sida, tenint en compte el baix percentatge que representa en relació a la població.
- Relaxació del col·lectiu en els últims anys i ressorgiment de casos nous, i per tan de conductes sexuals de risc entre HSH.
- Possible causa: cronificació de la malaltia (A conseqüències menys negatives, menys prevenció).

Idea força: TREBALL SEXUAL



- Possibilitat de realitzar tasques de prevenció en un col·lectiu (treballadors/es i usuaris) que s'apunta com un dels possibles protagonistes del canvi de patrons de transmissió pel que fa a la via de contagi.



- Inexistència en l'actualitat de programes específics orientats a aquest col·lectiu a nivell local.
- Programes iniciats no han gaudit de continuïtat.
- Situació de vulnerabilitat de molts treballadors i treballadores sexuals.
- Dificultat d'actuar en el si d'un àmbit desregulat.

Idea força: PREVENCIÓ DIRIGIDA ALS JOVES - ADEQUACIÓ DE MISSATGES I INTERVENCIONS



- Existència de programes orientats als joves en l'àmbit de l'educació formal plenament consolidats, que permeten accedir a un gran número d'individus de forma sistemàtica any rere any.
- Existència de recursos accessibles i gratuïts a l'abast dels joves (Tarda Jove, Àrea de Salut Consell Comarcal, Assessoria de Salut de l'Oficina Jove, Espai jove de salut H2O,...).
- Incloure l'educació sexual en el marc de l'educació en capacitats i habilitats socials (autoconeixement, llibertat d'elecció, responsabilitat, esforç...).



- Permeabilitat dels joves davant els discursos preventius.
- Possibles causes:
 - a) Manca d'adequació de missatges i intervencions a la realitat actual dels joves i les seves conductes sexuals.
 - b) Perspectiva de tractament del tema a vegades massa centrada en negativitat i risc, amb un punt de vista excessivament paternalista.
 - c) Intervencions puntuals i de durada insuficient.

d) Missatges genèrics que no tenen en compte especificitats i particularitats dels grups.

Idea força: ÚS DEL PRESERVATIU - ANTICONCEPCIÓ VS PROTECCIÓ



- Nivell d'ús del preservatiu assolit la darrera dècada, molt superior al d'anteriors períodes.
- Naturalitat en que la major part de la població afronta el tema de la sexualitat enfront períodes anteriors.



- Obstacles envers l'ús correcte i generalitzat del preservatiu: ús no instintiu (educar en l'esforç), percepció com a barrera en relacions (disminueix plaer i la desvirtua o desnaturalitza), mal ús en moltes ocasions per part dels joves, i adults no el consideren ni tan sols un mètode a utilitzar.
- En les relacions l'anticoncepció és l'objectiu, i no pas la protecció davant les ITS: L'aparició de nous mètodes anticonceptius (i en especial anticoncepció d'emergència) desplaça l'ús del preservatiu i la informació sobre les ITS.
- Impossibilitat de controlar l'ús sistemàtic de l'anticoncepció d'emergència.

Idea força: EL REPTE DE LA INTERCULTURALITAT I ELS COL·LECTIUS NOUINGUTS



- El missatge preventiu és universal i vàlid per qualsevol cultura, ja que en definitiva el risc és el mateix per tothom.



- Existència de diversos enfocaments de la sexualitat per part de diverses cultures, i dificultat de tractar-la en alguns casos.
- Dificultats idiomàtiques i d'accés a col·lectius en situació irregular.
- Ús sistemàtic de pràctiques sexuals substitutives de la vaginal (no risc d'embaràs) entre alguns col·lectius.
- Presència de persones nouvingudes que arriben ja infectades (Àfrica subsahariana) i tenen una percepció diferent de la malaltia i el risc que suposa.

Idea força: ESPAIS AMB IMMEDIATESSA DE CONDUCTES SEXUALS DE RISC



- Possibilitat d'identificar espais i/o àmbits on es duen a terme pràctiques sexuals de risc de forma sistemàtica i dur-hi a terme intervencions immediates sobre el terreny: treball sexual, espais d'oci (i risc lligat a relacions combinades amb consum de substàncies), *cruising*,...
- Existència d'intervencions i programes en aquesta línia (ARSUFESTA, Nits Q, Agents de salut on-line H2O,...).



- Existència d'espais i/o àmbits on es produeixen pràctiques sexuals de risc de forma sistemàtica: treball sexual, oci nocturn (risc lligat a relacions combinades amb consum de substàncies), *cruising*,...
- Necessitat de realitzar aquestes tasques mitjançant treballadors formats sobre el terreny amb un cert grau d'integració en el mateix.

Idea força: **AGENTS - RECURSOS I COORDINACIÓ**

- Pes específic majoritari de la prevenció dins de la tasca que es duu a terme a nivell local, ja que és percebuda com a fil conductor de qualsevol tipus d'actuació.
- El Pla com a element per assentar les bases d'una millora d'aquests aspectes i la tasca de la comissió tècnica que el desenvolupi com a mitjà per dur-les a terme.



- Manca de recursos (tan professionals, com financers, com materials) en els serveis, per tal de poder dur a terme les actuacions correctament, repensar-les, adaptar-les i innovar.
- Les actuacions són sovint paral·leles i descoordinades: existeixen molts recursos però no s'optimitzen .
- Manca d'informació, interrelació i coordinació entre els diversos agents.
- Inexistència d'una avaluació sistemàtica i amb metodologies similars dels diversos programes.

3.2.2 Àmbit de la detecció

Idea força: DIAGNÒSTIC PRECOÇ ENTRE COL·LECTIUS AMB RISC ELEVAT DE CONTAGI, EN L'ÀMBIT SANITARI



- Diagnòstic precoç com a prevenció: evita contagis posteriors i millora les expectatives de vida del pacient.
- Resposta força ràpida que en l'actualitat s'obté de l'analítica de VIH.
- Política d'atenció orientada a la proximitat i accessibilitat.
- Analítiques protocol·litzades en UDVP que participen en programes vinculats al Servei de Drogodependències.
- Tendència en una part del col·lectiu d' HSH al control analític periòdic del VIH.
- Possibilitat de detectar nous casos en les parelles de persones ja diagnosticades.



- Percepció del control analític com una mesura de prevenció i protecció per part d'alguns HSH (obviant el període finestra).
- Manca de sensibilització envers els clars beneficis del diagnòstic precoç i la necessitat d'accedir al tractament en el moment òptim.

Idea força: DIAGNÒSTIC PRECOÇ UNIVERSAL (POBLACIÓ EN GENERAL) EN L'ÀMBIT SANITARI



- Diagnòstic precoç com a prevenció: evita contagis posteriors i millora les expectatives de vida del pacient.



- Poques proves entre la població en general: por, connotació moral que encara s'atorga a la prova, barreres a la

- Resposta força ràpida que en l'actualitat s'obté de l'analítica de VIH.
- Política d'atenció basada en la proximitat i accessibilitat.
- Recomanar l'analítica de forma sistemàtica (sobretot davant certes evidències) des dels CAPS, ASSIR,... (despistatge)
- Existència de protocols postexposició a centres sanitaris.

confidencialitat en centres primaris comunitaris, necessitat del consentiment exprés,...

- Manca de sensibilització envers els clars beneficis del diagnòstic precoç i la necessitat d'accedir al tractament en el moment òptim.
- Díficil accessibilitat al servei sanitari de col·lectius exclosos o en risc d'exclusió.
- Detectar persones infectades en el seu país d'origen (entre col·lectius identificats) sense crear perjudicis envers els mateixos en el seu entorn.

Idea força: PROVA RÀPIDA



- Anonimat i accessibilitat com a element potenciador d'una major realització de proves.
- Prova ràpida com a porta més accessible al circuit sanitari.
- Bons resultats de la prova pilot del test ràpid a les oficines de farmàcia.
- Normalitzar la prova més enllà de l'estigma encara present envers els grups amb risc elevat de contagi.



- La prova ràpida no és accessible fora de l'àmbit hospitalari (només a HUSJR, on es prefereix realitzar directament l'analítica, més fiable i segura). Manca d'accés en un espai més pròxim al ciutadà (CAPS, altres serveis sanitaris, farmàcies, entitats especialitzades,...).
- Manca d'informació sobre la realització de la prova ràpida.

3.2.3 Àmbit del tractament

Idea força: TRACTAMENTS MÈDICS - ACCÉS, ADHESIÓ I RESPOSTA



- Tractament antiretroviral com a prevenció: disminueix la càrrega viral comunitària i el risc de nous contagis, i la infectivitat de les persones que el reben.
- Fàrmacs antiretrovirals que en l'actualitat són enormement efectius frenant la progressió de la malaltia, amb efectes adversos tractables i minimitzables, garantint una bona qualitat de vida als afectats.
- Tractament més còmode i menys molest per als pacients que en el passat, i capacitat d'individualitzar-los: facilita l'adhesió.
- Existeix un accés immediat i ràpid al tractament (i s'hi accedeix sovint sense haver entrat a fase Sida).



- Manca d'adhesió al tractament (pacients diagnosticats que no s'hi volen adherir, manca de continuïtat i abandonaments).
- Certa dificultat en pacients UDVP de cenyir-los al circuit habitual del tractament (poc constants, dificultats posteriors).
- Els efectes secundaris i les interaccions amb malalties oportunistes són factors canviants que segueixen essent difícils de preveure.
- Persones afectades en situació de vulnerabilitat social i/o dependència, a les quals és difícil fer arribar l'atenció necessària.

Idea força: **ATENCIÓ INTEGRAL - SUPORT PSICOLÒGIC I SOCIAL**

- Normalitzada i consolidada la vessant psicològica del tractament en el si de la Unitat de VIH-HUSJR: animar a començar-lo, seguiment... (*counselling*).
- La major informació existent sobre la malaltia redueix la por dels pacients i les seves visites vinculades a l'aspecte psicològic.
- Existència fora de l'àmbit hospitalari de recursos a l'abast dels afectats pel que fa a suport psicològic, acompanyament social, ... (AIDS-Quth, la Illeta...).



- Existeixen afectats que no tenen suport afectiu en el seu entorn més immediat.
- Els afectats no es dirigeixen als grups d'ajuda mútua existents fora de l'àmbit hospitalari, perquè hi conflueixin perfils molt diversos, estats de la malaltia diferents,...

Idea força: **SERVEIS SANITARIS - RECURSOS I COORDINACIÓ**

- Existeix una bona coordinació i relació fluïda entre la Unitat de VIH i els altres serveis de l'HUSJR i els CAP.



- Manca de recursos (sobretot humans - hores de dedicació de professionals -) a la Unitat de VIH-HUSJR.
- Poca formació específica del personal sanitari dels CAP en relació al VIH.
- Manca d'una major coordinació entre la Unitat de malalties infeccioses i els CAP a nivell d'accés compartit a dades i historials.

3.2.4 Àmbit de la inserció

Idea força: INSERCIÓ SOCIAL - NORMALITZACIÓ VS ESTIGMATITZACIÓ



- Cronificació, medicació menys tòxica, seqüeles i manifestacions físiques més lleus: permeten als afectats una esperança i qualitat de vida major.
- Feina feta en relació a la visualització social del malalt i les seves necessitats.
- Existència de recursos de suport psicològic (AIDS-Quth, la Illeta...).
- Inexistència de conflictes provocats per presència de malalts amb VIH/Sida a centres assistencials (més coneixement del risc de contagi).
- Certa normalitat en abordar el tema en mitjans de comunicació.



- Por a reacció de l'entorn (afectiu, social, laboral) fa que els afectats no comuniquin el seu estat: anonimat.
- Perspectiva d'alguns malalts: sentiment de culpabilitat, remordiment, mala consciència, que generen un autorebuig que té conseqüències psicològiques nefastes.
- Segueix essent un tema tabú dins la societat.
- Perspectiva de part de la societat: rebuig i estigmatització (perjudicis, ignorància, desinformació, "alguna cosa perversa haurà fet",...), risc d'exclusió.

Idea força: INSERCIÓ LABORAL I SITUACIÓ ECONÒMICA



- La no declaració obligatòria, la cronificació, medicació menys tòxica, seqüeles i manifestacions físiques més lleus: permeten als afectats una vida laboral normal.



- Necessitat de recursos específics per als malalts en àmbit laboral: flexibilitat horària, baixes puntuals,...
- Problemes d'inserció laboral sobretot en afectats amb pitjors condicions socio-econòmiques.
- Segueix essent un tabú en l'entorn laboral: afectats tenen por a reacció dels companys de feina, dels superiors,...

3.2.5 Àmbit transversal

Idea força: EPIDEMIOLOGIA - RECOLLIDA DE DADES



- Existència de dades locals a través del Servei d'Hospital de dia de l'HUSJR.
- Existència de dades per Regió Sanitària i per Catalunya a través de CEESCAT.
- Possibilitat de conèixer l'impacte epidemiològic de VIH i Sida en el territori, sobretot de cara a la seva evolució i canvis en els patrons de transmissió, i poder-lo comparar amb d'altres territoris).



- Impossibilitat de comparar dades pel que fa a alguns paràmetres, determinats períodes,...

Idea força: SERVEIS I TERCER SECTOR



- Existència de serveis i entitats locals que treballen des de diverses perspectives (prevenció, suport a afectats, inserció...) la temàtica del VIH/Sida.



- Insuficients recursos a l'abast de les entitats, i manca de visibilitat de la seva acció.
- Manca de recursos humans en el sí de diversos serveis.

Idea força: COORDINACIÓ D'AGENTS I TREBALL CONJUNT



- Existència d'una Comissió local amb representants dels serveis, entitats,...
- El Pla com a element per assentar les bases de l'acció local en la temàtica del VIH/Sida.



- Manca d'una major coordinació entre els agents que actuen en aquest àmbit: coneixement i optimització de tots els recursos existents, foment del treball en xarxa,...

4. PLANIFICACIÓ

Presentem en aquest apartat tot el referent a la fase de planificació del Pla, així com els resultats finals de la mateixa, que tenen per objectiu orientar l'acció local en VIH/Sida.

La planificació té per objectiu formular, en base a les conclusions obtingudes de la diagnosi per cada un dels àmbits, una proposta d'acció local en VIH/Sida. Aquesta tasca té com a resultat la coneció de línies d'actuació, objectius a perseguir (i prioritització dels mateixos) i accions per a aconseguir-los.

Ens disposem doncs a presentar aquests resultats prèvia exposició de la metodologia utilitzada per dur a terme aquesta tasca i l'estructura escollida per a presentar-la.

4.1 Introducció: Metodologia i estructura de la planificació

La planificació del Pla s'ha realitzat d'acord amb la metodologia participativa que presentem a continuació. El resultat de la planificació s'articula en diversos nivells de concreció de l'acció, que introduïm també en aquest punt.

4.1.1 Metodologia i participants

D'acord amb la metodologia d'Investigació-Acció-Participativa ja presentada a l'inici d'aquest document³³, s'ha dut a terme la tasca de planificació amb la participació de diversos agents implicats en l'acció local en VIH/Sida.

En el cas de la planificació, a diferència de la diagnosi i d'acord amb la metodologia adequada al caràcter específic del treball a realitzar per aquesta fase:

1. Els convidats a participar en aquesta fase han estat només els representants dels serveis/recursos i entitats que actuen en aquest àmbit i/o d'afectats (nucli d'informants clau de la diagnosi³⁴).
2. El treball s'ha dut a terme en el marc d'un taller participatiu (espai col·lectiu de deliberació i consens) i la posterior recollida d'aportacions a través d'un qüestionari propositiu via telemàtica. Aquestes accions tenien per objectiu la presentació d'una síntesi de resultats de la diagnosi, la validació, redefinició i priorització dels objectius presentats, i la definició d'accions concretes per tal d'acomplir aquests objectius.

En la següent taula recollim aquelles persones que han participat en aquesta fase del procés.

³³ Vegeu punt 1.3 *Desenvolupament metodològic*

³⁴ Vegeu punt 2.1 *Introducció: Dades, fonts i estructura de la diagnosi*

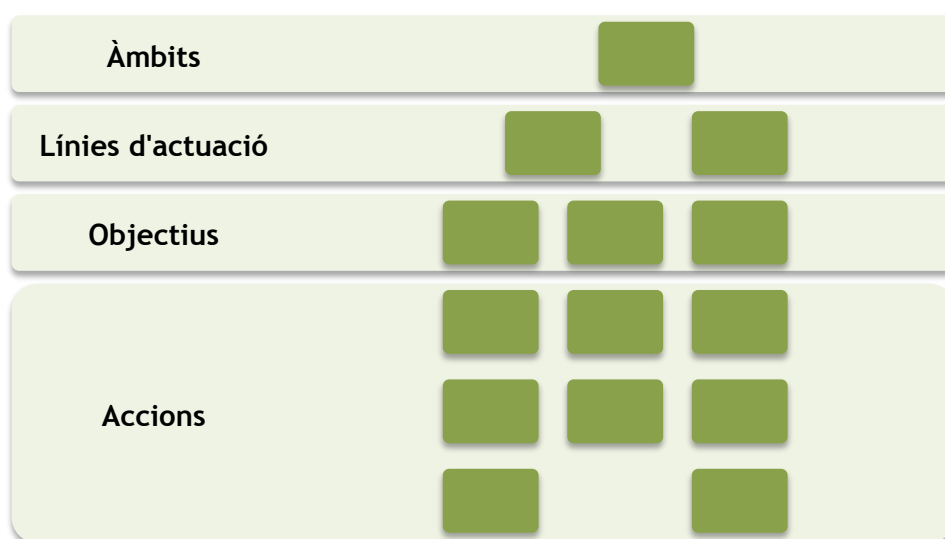
Tècnica de salut - Salut Pública Ajuntament de Reus
Tècnica prevenció de drogodependències - Salut Pública Ajuntament de Reus
Directora Servei de Drogodependències Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA) i Pla d'accions sobre drogues
Educadora social - La Illeta, centre de dia i activitats
Treballadora social/ tècnica terapeuta sexual - Salut Pública Ajuntament de Reus
Coordinador de Salut Pública Ajuntament de Reus
Antropòleg - Servei de Drogodependències/intervenció comunitària Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA)
Representant d'ARSU - Associació Reus Som Útils
Vocal Junta de Govern - Col·legi Oficial de Farmacèutics de la província de Tarragona
Metgessa de família Consultori Sant Josep Obrer - Àrea Bàsica Reus IV (Institut Català de la Salut)
Tècnic de salut - H2O Col·lectiu gai, lesbiana, bisexual i transexual del camp de Tarragona

Vegeu el mateix llistat amb el nom dels participants a l'Annex II: *Relació de participants*.

4.1.2 Estructura de la planificació

La planificació de l'acció local en VIH/Sida que proposa aquest Pla es presenta en els següents nivells jeràrquics de concreció (la relació entre els quals s'expressa de forma gràfica tot seguit):

1. **Àmbits:** grans eixos en els que podem dividir l'acció en termes de VIH/Sida, i en referència als quals s'ha treballat la diagnosi des del seu punt inicial.
2. **Línies d'actuació:** apartats de caràcter general en els que podem desgranar l'acció per a cada àmbit, lligats sobretot a aquelles idees força identificades durant la diagnosi.
3. **Objectius:** fites a perseguir en relació a una línia d'actuació per tal de millorar la situació local envers el VIH/Sida (els objectius són l'únic nivell numerat, i en relació al qual s'ha realitzat una tasca de prioritització).
4. **Accions:** unitats mínimes i màxims nivell de concreció; intervencions executables i mesurables que han d'ajudar a materialitzar l'objectiu al qual es refereixen (si bé poden ajudar a acomplir a la vegada altres objectius).



Els resultats de la tasca de planificació es recullen en tres punts, que responen a voluntats diferents:

- **4.2 Principis que regeixen la planificació:** presentar a mode introductori els identificats com a grans principis que han de regir l'acció local en VIH/Sida i que donen una primera pinzellada dels resultats.
- **4.3 Objectius i accions per línies d'actuació:** presentar exhaustivament la relació completa de resultats (línies d'actuació, objectius i accions per a cada un dels àmbits).
- **4.4 Objectius per codi de prioritat:** presentar els objectius en base a la prioritat assenyalada pels participants (independentment de l'àmbit i línia d'actuació al que facin referència). Aquesta presentació pot servir de base a l'hora d'iniciar el desenvolupament del Pla i identificar l'ordre en que les diverses accions es poden començar a treballar.

4.2 Principis que regeixen la planificació

Presentem a mode introductori els identificats com a principis bàsics i generals que han de regir l'acció local a nivell de VIH/Sida, estretament relacionats entre si i vinculats a diversos àmbits d'actuació.

1. Universalitat: Cal orientar l'acció preventiva i de detecció a tota la població i no únicament als col·lectius amb alt risc de contagi.

Les diverses pràctiques de risc en les que es pot originar la transmissió del VIH es poden donar entre tota la població, i si bé existeixen col·lectius entre els quals aquestes poden ésser més presents i/o freqüents (i per tant cal destinar-hi especial atenció i accions específiques), la diana de l'acció preventiva i de detecció ha de ser la població en el seu conjunt.

2. Informació pública i normalització: Cal potenciar una informació pública clara i transparent que doni a conèixer la realitat de la problemàtica i en faci un tractament normalitzat i desestigmatitzat.

La informació pública en relació a aspectes com la incidència real de la malaltia, l'impacte que suposa sobre la vida del malalt o les dificultats i problemàtiques en que aquest es troba, han de servir per combatre el desconeixement i la visió estigmatitzada que la població pot tenir en relació a la problemàtica del VIH/Sida.

3. Enfocament comunitari: Cal cercar la màxima proximitat de l'acció als seus destinataris i al seu entorn, potenciant la participació en el disseny, el treball entre iguals i la vessant comunitària de les actuacions.

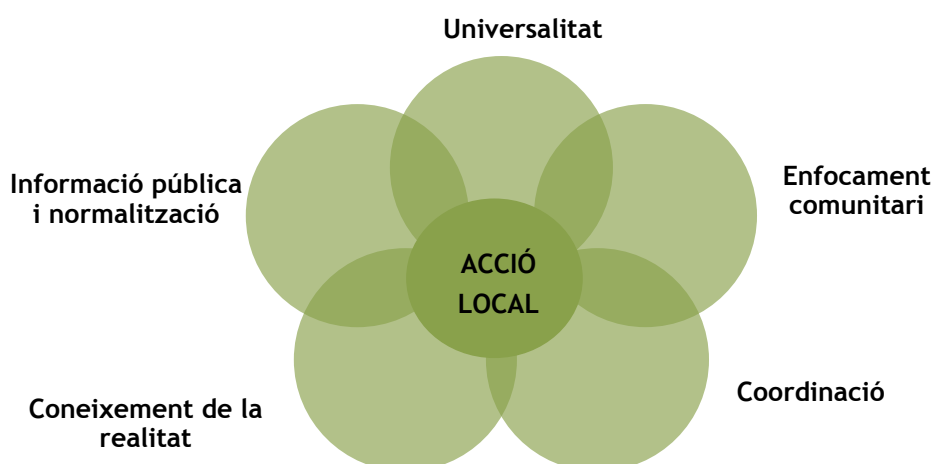
Tan si parlem d'acció preventiva i de detecció dirigida a la població, com si parlem d'acció de tractament i inserció dirigida als afectats, aquesta s'ha d'orientar a la proximitat i empatia amb els destinataris i el seu entorn, com a necessari punt de partida per a obtenir els resultats desitjats.

4. Coneixement de la realitat: Cal comptar amb mètodes de recollida de dades, observació continuada i informació permanent, que permetin conèixer la realitat de diversos aspectes vinculats a la temàtica.

El coneixement de la realitat en relació a la qual es vol actuar ha de ser el necessari punt de partida per dissenyar i dur a terme les actuacions (que busquen interpel·lar els seus destinataris, pal·liar mancances o problemàtiques,...), així com per mantenir la seva vigència i eficàcia enfront els canvis socials.

5. Coordinació: Cal que l'acció sigui el més coordinada possible entre els diversos agents que hi participen, i cerqui optimitzar els recursos dels que es disposen.

La coordinació entre els diversos agents que actuen a nivell local i el foment del seu treball en xarxa pot resultar cabdal per tal d'optimitzar els diversos recursos i garantir l'eficàcia i adequació de resultats de l'acció.



4.3 Objectius i accions per línies d'actuació i àmbits

Aquest apartat presenta exhaustivament tots els resultats de la tasca de planificació en els diversos nivells de concreció ja exposats anteriorment.

4.3.1 Àmbit de la prevenció

Línia d'actuació	Prevenció dirigida a la població en general
Objectiu	1. Millorar el nivell de coneixement de la població en general (i en especial dels joves) en relació a la incidència real del VIH/Sida i els canvis que s'estan produint en els patrons de transmissió.
Accions	- Realització de campanyes de difusió pública de la incidència real del VIH, els canvis produïts en relació als patrons de transmissió i l'impacte sobre la qualitat de vida del malalt, a través de: - presència als mitjans de comunicació locals (espais fixes d'informació, clips, spots publicitaris, programes de divertiment temàtics) - creació de continguts en xarxes socials (facebook, tuenti,...) - jornades informatives dirigides a la ciutadania (Associacions de Veïns, Associacions de Dones, centres i escoles d'adults, entitats,...) - materials de difusió simples i concisos ("Sabies que...") a l'abast de tota la població (centres sanitaris, comerços, gimnasos, clubs esportius, espais d'oci, oficines municipals, centres cívics i altres recursos comunitaris,...) - Dia Mundial contra la Sida. - Inclusió d'informacions i dades rellevants sobre incidència, canvis en els patrons de transmissió i impacte en la qualitat de vida del malalt, tan en les intervencions i accions educatives ja existents i consolidades com en les de nova creació.

Objectiu	2. Generar estratègies de prevenció dirigides a la població en general (diverses edats) i orientades a desenvolupar-se en diversos àmbits (tan formals com no formals i informals).
Accions	• Realització d'accions preventives (tallers/intervencions/exposicions) dirigides a joves en espais de trobada aliens al context formal (locals d'oci, centres esportius, medi obert - places i carrers -). • Realització de campanyes preventives dirigides a joves que impulsin iniciatives amb la implicació i possible cogestió dels propis joves en el marc de la seva activitat cultural (abordar la temàtica del VIH/Sida des de grups musicals locals, artistes, festivitats...) a través d'entitats, Casal Jove, altres àrees de l'Ajuntament,... • Accions preventives (tallers/intervencions) dirigides a la ciutadania i orientades a realitzar-se tan en el marc de recursos comunitaris existents (i les seves activitats) com en Associacions de Veïns, Associacions de Dones, centres i escoles d'adults, entitats, ...
Objectiu	3. Adaptar la tipologia d'intervencions preventives dirigides als joves i el missatge que s'hi dona a la realitat social actual i als canvis en les conductes sexuals, incidint des d'una perspectiva que inclogui l'educació sexual en un marc més general de capacitats i habilitats socials.
Accions	• Participació dels beneficiaris/destinatari en el disseny i desenvolupament de les estratègies i intervencions preventives que els van dirigides. • Realització de campanyes preventives dirigides a joves que impulsin iniciatives amb la implicació i possible cogestió dels propis joves a través d'entitats, Casal Jove, altres àrees de l'Ajuntament, ... (abordar la temàtica del VIH/Sida des de grups musicals locals, artistes, festivitats...). • Realització d'un estudi inicial i establiment posterior de sistemes d'observació continuada i informació permanent en relació als comportaments sexuals (edat inici relacions, pràctiques sexuals habituals, ús protecció, ...). • Revisió i actualització de continguts i missatges en les accions/intervencions ja existents. • Intervencions preventives en educació sexual en l'àmbit formal que es materialitzin en programes, és a dir, en diverses intervencions en un mateix

	grup (i no en únicament una sessió).
Objectiu	4. Promoure l'ús dels preservatius i l'accessibilitat als mateixos, i sensibilitzar entorn a la inexistència de protecció envers les ITS amb l'ús d'altres anticonceptius.
Accions	- Desenvolupament de mesures que garanteixin una major accessibilitat als preservatius: - accés gratuït en centres sanitaris (consultes d'atenció primària, Tarda Jove - ja existent -), Casal de Joves, activitats en recursos comunitaris, Centres cívics,... - instal·lació de màquines expenedores en espais d'oci (en el marc de programes ja existents com les Nits Q), centres educatius,... - punts d'accés al preservatiu gratuït amb un professional que assessori, amb un ampli ventall d'horari per poder arribar al màxim de població - Realització d'accions preventives i de sensibilització envers l'ús d'anticonceptius en els centres on es faciliti anticoncepció d'emergència i on es puguin adquirir mètodes anticonceptius alternatius al preservatiu, a través d'equips d'agents de salut entre iguals i amb el suport de tècnics especialitzats.

Línia d'actuació	Prevenició dirigida als usuaris de drogues per via parenteral (UDVP)
Objectiu	5. Donar continuïtat i potenciar programes de prevenció dirigits a UDVP, i garantir la seva capacitat d'adaptació a possibles canvis en el consum.
Accions	- Manteniment dels programes que garanteixen accés a material de venopunció d'un sol ús i dispositius per dipositar el material ja utilitzat (PIX-DIPI), potenciant un contacte fluid i continu amb tota la xarxa implicada en el projecte (especialment les persones beneficiàries). - Reforç de l'educació de carrer (nous programes o ja existents) per a la reducció de riscos (a través d'educadors i ex-UDVP).

- Impuls d'un procés de diàleg entre els diferents agents socials per a la creació de sales de consum segur en aquells espais identificats com de major risc de consum.
- Realització d'un estudi inicial i establiment posterior de sistemes d'observació continuada i informació permanent en relació als canvis en el consum i nous patrons: espais, perfils d'usuaris, substàncies, via de consum.

Línia d'actuació	Prevenió dirigida als homes que fan sexe amb homes (HSH)
Objectiu	6. Generar estratègies preventives dirigides a aconseguir un major grau de conscienciació entre el col·lectiu d'HSH.
Accions	• Difusió d'informació sobre incidència i dades epidemiològiques significatives entre el col·lectiu de forma coordinada i/o centralitzada (Check-point). • Creació d'equips d'agents/promotors de salut que treballin l'educació i suport entre iguals (peer education). • Intervenció d'agents de salut en espais telemàtics de trobada homosexual (facebook, xats, perfils de contacte...). • Campanyes amb materials i xerrades específiques per el col·lectiu d'HSH.
Objectiu	7. Identificar aquells espais on es duen a terme pràctiques sexuals de risc entre homes de forma sistemàtica i potenciar les intervencions preventives immediates sobre el terreny.
Accions	• Elaboració d'un <i>mapa d'espais</i> identificats com a espais on es duen a terme pràctiques sexuals de risc entre homes de forma sistemàtica (locals, escenaris de <i>cruising</i>), a través de recerques de camp i a la xarxa (portals de contactes i cites d'HSH) i la participació/assessorament directe de representants del col·lectiu. • Establiment de sistemes d'observació continuada i informació permanent en relació als espais identificats. • Realització d'accions preventives (intervencions/campanyes) amb agents de

salut in situ en els espais i escenaris identificats (treball en medi obert, *outreach*), oferint material preventiu i assessorament sobre salut sexual.

- Instal·lació de màquines dispensadores de preservatius en els espais identificats on sigui possible.

Línia d'actuació	Prevenició dirigida al treball sexual
Objectiu	8. Crear programes de prevenció dirigits als treballadors i les treballadores sexuals i als seus usuaris, identificant aquells espais on es duen a terme pràctiques sexuals de risc de forma sistemàtica i potenciant les intervencions preventives immediates sobre el terreny.
Accions	• Elaboració d'un <i>mapa d'espais</i> identificats com a espais on es duen a terme pràctiques sexuals de risc vinculades a treball sexual de forma sistemàtica (carretera, locals il·legals, pisos particulars), a través de recerques de camp i a la xarxa (portals de contactes i cites). • Creació de programes amb intervencions preventives sobre el terreny i en contacte directe amb els i les treballadores sexuals, en els espais/escenaris identificats com a punts de treball sexual: punts <i>calor i cafè</i> mòbils, facilitació itinerant de preservatius i material preventiu,...per part d'equips d'agents de salut capaços de flexibilitzar horaris. • Establiment de sistemes d'observació continuada i informació permanent en relació als espais identificats i els resultats de l'acció preventiva duta a terme sobre el terreny. • Creació d'un equip multidisciplinar (Guàrdia Urbana, veïns, treballadors i treballadores sexuals, equips d'agents de salut) per al seguiment i valoració dels programes i intervencions. • Realització de controls de salut periòdics entre les persones treballadores sexuals, acompanyats d'accions educatives. • Formació d'agents de salut en el si del propi col·lectiu de treballadors i treballadores sexuals.

Línia d'actuació	Prevenició davant la interculturalitat i els col·lectius nouvinguts
Objectiu	9. Generar recursos en el si de les pròpies tasques de prevenció que les facin capaces de superar possibles barreres de comunicació amb realitats culturals diverses (idiomàtiques, visió de les relacions sexuals,...) i incidir en pràctiques de risc freqüents entre aquests col·lectius.
Accions	• Inclusió de la traducció a diverses llengües en els materials d'informació i difusió. • Realització d'un estudi inicial i establiment posterior de sistemes d'observació continuada i informació permanent en relació a les pràctiques sexuals freqüents entre aquests col·lectius (edat inici relacions, pràctiques sexuals habituals, ús protecció, ...) per conèixer a fons la realitat de cada col·lectiu i poder orientar les intervencions d'una forma més específica en cas que en siguin destinataris. • Participació dels beneficiaris/destinataris en el disseny i desenvolupament de les estratègies i intervencions preventives que els van dirigides.
Objectiu	10. Generar estratègies de prevenció dirigides a les persones nouvingudes que quan arriben ja són portadores del VIH.
Accions	• Recollida i tractament de dades significatives al respecte per tal de conèixer el volum del problema. • Impuls d'intervencions d'acompanyament, traducció cultural i adaptació de l'interessat al sistema d'atenció local, aprofitant els recursos de mediació intercultural i altres ja existents. • Establiment de sistemes de recollida de dades, observació continuada i informació permanent en relació al nivell i capacitat d'informació, així com de l'accés als serveis existents, dels sectors socials més desfavorits. • Foment de la figura de promotors i agents de salut comunitaris. • Formació de promotors de salut entre persones de les pròpies comunitats. • Creació de grups d'autoajuda i altres mecanismes de suport i acompanyament social i emocional a aquestes persones, a través d'una entitat o un servei especialitzat.

- Canalització de la informació preventiva per fer-la arribar als espais concorreguts per aquestes persones (grups d'acollida, entitats, botigues, locals d'oci,...).

Línia d'actuació	Recursos i coordinació dels agents de prevenció
Objectiu	11. Millorar la coordinació i interrelació entre els agents i la seva tasca preventiva, establint mètodes d'avaluació sistemàtica i comparable d'aquesta.
Accions	• Foment de la participació de tots els agents en les comissions pertinents (ja siguin estaments oficials, entitats,...), establint reunions de coordinació i de treball (amb un contingut definit) de forma sistemàtica. • Comunicació entre els diversos agents en el moment de planificar i programar nous projectes/programes, davant la possibilitat de conèixer accions locals ja existents i poder utilitzar, optimitzar i potenciar els recursos ja existents treballant de forma col·laborativa. • Elaboració d'un recull (inventariat social) de recursos, programes i intervencions existents, que pugui servir tan de punt de partida per treballar col·laborativament programes/intervencions, com per elaborar un producte de difusió dels mateixos entre la ciutadania. • Comunicació clara, sistematitzada i contínua entre els agents davant els programes que es treballin de forma col·laborativa, deixant clar quina és la distribució d'àmbits d'intervenció, tasques i responsabilitats que pertocuen a cada agent. • Establiment de mètodes d'avaluació compartits entre els diversos agents per les accions preventives (programes/campanyes/intervencions) que es duen a terme.
Objectiu	12. Promoure que els serveis gaudeixin dels recursos necessaris (sobretot humans) per dur a terme la seva tasca preventiva.
Accions	• Elaboració d'informes en el si dels diversos recursos, en relació a les tasques que es realitzen i els professionals que hi estan implicats, per tal de transmetre als gestors els recursos i dificultats presents en cada lloc de treball.

- Optimització dels recursos humans en relació als serveis i les tasques que s'hi duen a terme, i ampliació dels mateixos si resulta necessari, en funció de les accions que es vulguin realitzar.
- Disseny i desenvolupament d'un pla de formació continuada dels professionals involucrats en les tasques de prevenció.

4.3.2 Àmbit de la detecció

Línia d'actuació	Detecció precoç
Objectiu	13. Promoure la detecció precoç de la infecció per VIH entre col·lectius amb risc elevat de contagi (UDVP, HSH, treball sexual) fomentant la realització de proves de diagnòstic periòdiques i sistemàtiques.
Accions	• Continuitat del sistema de cribatge sistemàtic entre els usuaris del Servei de drogodependències de l'HUSJR. • Realització d'una campanya de sensibilització entre aquests col·lectius (en el marc de les accions preventives que ja se'ls destinin, o amb noves accions sobre el terreny) impulsant la realització de proves de detecció i conscienciant els seus membres sobre els beneficis derivats d'una detecció precoç de la infecció. • Establiment d'un circuit clar en relació a la realització de proves de detecció entre els col·lectius amb risc elevat de contagi, i difusió del mateix entre aquests col·lectius • Coordinació entre agents preventius i professional sanitari per dur a terme un seguiment dels membres d'aquests col·lectius i fomentar que es realitzin proves de detecció de forma periòdica i sistemàtica.
Objectiu	14. Promoure programes de detecció precoç en els centres primaris, fomentant la realització de proves de detecció del VIH entre la població en general (com a procediment normalitzat, desestigmatitzat i rutinari en identificar en els pacients marcadors clínics o conductuals que ho facin recomanable).
Accions	• Establiment d'un protocol bàsic de detecció, generalitzat i compartit entre els diversos serveis sanitaris. • Impuls de la detecció oportunista en les consultes d'atenció primària (com a procediment rutinari i normalitzat), potenciant el rol i formació específica dels seus professionals en aquest sentit, fent-los així capaços d'identificar en els seus pacients els marcadors clínics o conductuals que poden fer recomanable la realització de proves de detecció.

Línia d'actuació	Accés a la Prova ràpida
Objectiu	15. Disposar de centres alternatius als hospitalaris/clínic on es realitzi la prova ràpida del VIH de forma anònima, gratuïta i confidencial, i donar-los a conèixer a la població.
Accions	• Adhesió a l'experiència de tests ràpids en oficines de farmàcia, impulsada pel Departament de Salut de la Generalitat. • Diversificació de punts d'accés a la prova ràpida aliens als circuits sanitaris formals (entitats locals especialitzades,...) amb recursos humans formats per professionals i voluntaris entre iguals, potenciant el seu rol com a agents preventius i de detecció precoç. • Realització d'una campanya de difusió pública de la prova ràpida i els punts on aquesta és accessible de forma anònima i gratuïta (a més de la conveniència de realitzar-se-la després d'haver tingut conductes de risc), i/o inclusió d'aquesta informació en el marc de les campanyes més generals de difusió pública de la incidència real del VIH i els canvis produïts en relació als patrons de transmissió, així com en totes les accions preventives que es duguin a terme.

4.3.3 Àmbit del tractament

Línia d'actuació	Atenció integral als afectats
Objectiu	16. Millorar l'accés i adhesió als tractaments mèdics.
Accions	• Establiment d'un circuit de derivació àgil i sistemàtic des dels punts de detecció a la Unitat de VIH de l'HUSJR. • Establiment de sistemes d'observació continuada i informació permanent en relació als factors que impedeixen l'adhesió òptima dels pacients, impulsant accions capaces de pal·liar-los. • Generació d'estratègies de seguiment coordinat entre l'atenció hospitalària i primària, garantint la formació específica dels professionals d'aquesta última. • Incorporació de la figura del psicòleg clínic i professionals formats en comunicació terapèutica en el seguiment de pacients.
Objectiu	17. Comptar amb els recursos necessaris per a garantir l'atenció a persones afectades en situació de dependència i/o vulnerabilitat social.
Accions	• Establiment de mecanismes que millorin l'accessibilitat als serveis mèdics de persones afectades en situació de dependència i/o vulnerabilitat social. • Generació d'estratègies de coordinació entre serveis per optimitzar recursos. • Foment de l'existència dels recursos humans necessaris en el marc dels equips d'atenció.
Objectiu	18. Impulsar l'existència dels recursos necessaris pel que fa a suport psicològic i social fora de l'àmbit hospitalari, per a garantir una atenció integral a persones amb VIH/Sida.
Accions	• Foment de la creació i consolidació de grups de suport i altres iniciatives d'acompanyament, seguiment, i escolta activa, així com d'activitats alternatives (salut, oci, alimentació, cultura...) impulsades per entitats des d'una perspectiva de treball entre iguals.

Línia d'actuació	Recursos i coordinació dels serveis de tractament
Objectiu	19. Dotar dels recursos necessaris (humans i econòmics) la Unitat de VIH de l'HUSJR.
Accions	• Elaboració d'informes en el si de la Unitat, en relació a les tasques que es realitzen i els professionals que hi estan implicats (i posar-les en relació amb d'altres unitats comparables), per tal de fer demandes de millora i/o optimització de recursos humans en cas que sigui necessari.
Objectiu	20. Potenciar la coordinació de la Unitat de VIH de l'HUSJR i els professionals dels Centres d'atenció primària.
Accions	• Creació de sinèrgies entre els professionals a través de sessions periòdiques de seguiment de cara a impulsar la distribució de tasques i aspectes concrets de l'atenció clínica d'aquests pacients. • Foment d'un procés de diàleg per instar les insitucions sanitàries pertinents a impulsar la historia clínica compartida dels pacients.

4.3.4 Àmbit de la inserció

Línia d'actuació	Inserció social dels afectats
Objectiu	21. Identificar els factors o causes que dificulten el procés d'inserció social de les persones amb VIH/Sida.
Accions	Realització d'una investigació participativa amb els propis afectats, amb l'objectiu d'identificar els factors o causes que dificulten el procés d'inserció social, proposar accions per superar-los, i difondre la informació per a generar debat social (als centres educatius, als recursos comunitaris, als mitjans de comunicació locals...).
Objectiu	22. Millorar el coneixement que té la població en general del caràcter de la malaltia, els riscos, la vida del malalt,... per tal de normalitzar-la i no estigmatitzar-la.
Accions	- Potenciació de la visibilitat de les associacions d'afectats i la realitat dels malalts (associats o no associats): - desenvolupament i consolidació d'accions continuades de divulgació i sensibilització en que aquests puguin explicar en primera persona la seva realitat (xerrades als centres educatius - ja existents -, Associacions de Veïns,...). - presència en mitjans de comunicació locals i altres vies d'informació pública
Objectiu	23. Impulsar programes i recursos que fomentin l'autoestima, l'interrelació amb l'entorn, i la participació social de les persones que viuen amb VIH/Sida.
Accions	- Potenciació de l'acció coordinada entre associacions d'afectats i centres sanitaris amb recursos comunitaris en el marc dels quals poder realitzar aquest tipus d'activitats, optimitzant els recursos existents. - Foment de la participació dels afectats en activitats normalitzades. - Foment de la interrelació i coordinació entre associacions d'afectats i entitats que no tenen una vinculació amb la temàtica del VIH.

- Potenciació de la creació i consolidació de grups de suport i altres iniciatives d'acompanyament, seguiment, i escolta activa, així com d'activitats alternatives (salut, oci, alimentació, cultura...) impulsades per entitats i associacions des d'una perspectiva de treball entre iguals.

Línia d'actuació	Inserció laboral dels afectats
Objectiu	24. Aconseguir la implicació dels agents socials que tenen responsabilitat en el procés d'integració laboral.
Accions	• Recollida de dades referents a l'índex d'inserció laboral, així com d'informacions referents a l'impacte dels recursos especials creat per aquesta funció, per donar-les a conèixer als agents socials implicats a través dels responsables del desenvolupament del Pla local. • Coordinació entre Serveis Socials, Departament de treball i altres agents per afavorir el desenvolupament d'un itinerari laboral pels afectats que tingui en compte les seves necessitats específiques.
Objectiu	25. Potenciar la participació de les persones que viuen amb VIH/Sida en programes de foment de l'ocupació i empreses d'inserció.
Accions	• Elaboració d'un inventari i un producte informatiu sobre els recursos existents (guia, portal interactiu) a l'abast dels afectats, obrint la possibilitat que aquests puguin intervenir en el disseny i millora permanent del mateix. • Coordinació entre Serveis Socials, Departament de treball,... i altres agents per afavorir el desenvolupament d'un itinerari laboral pels afectats. • Coordinació amb el Departament de treball, Serveis Socials de l'Ajuntament, i altres agents per afavorir itinerari laboral dels afectats.

4.3.5 Àmbit transversal

Línia d'actuació	Recollida de dades epidemiològiques
Objectiu	26. Garantir els mitjans necessaris per conèixer l'impacte epidemiològic del VIH/Sida en el territori en termes comparables (a altres períodes i a altres territoris), a través d'una recollida sistemàtica de dades i una bona comunicació amb CEESCAT i altres agents.
Accions	• Establiment de sistemes de recollida sistemàtica de dades, observació continuada i informació permanent en relació a l'impacte epidemiològic del VIH/Sida en el territori, liderats per un equip professional especialitzat en Salut Pública. • Comunicació permanent amb els altres ens que recullen dades a nivells territorials superiors (CEESCAT, ICO,...), i traspàs sistemàtic de dades.

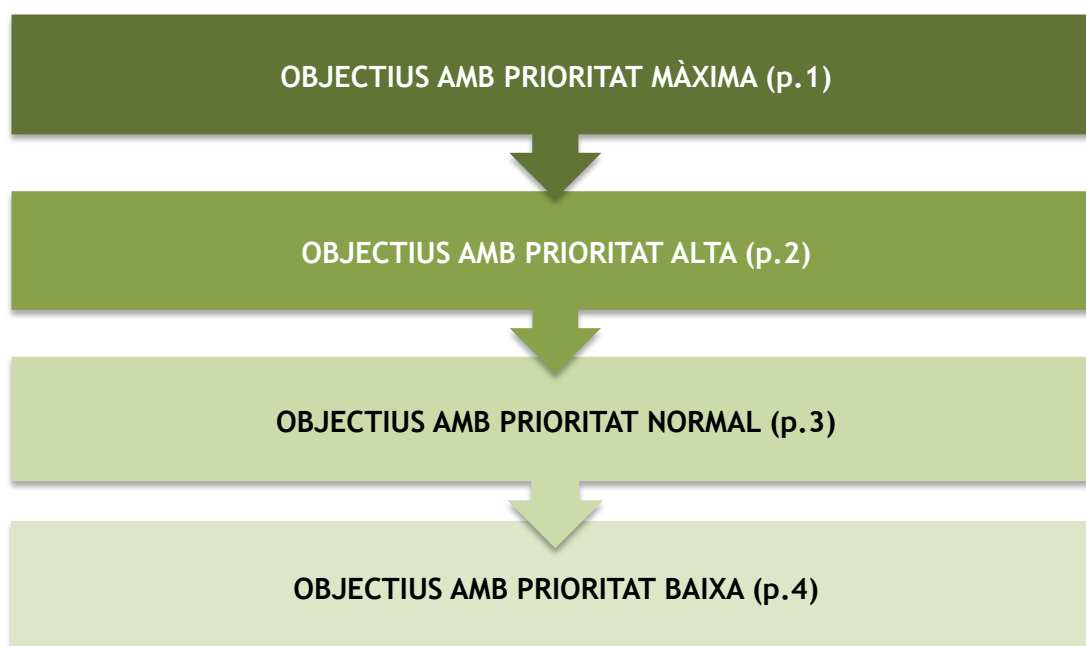
Línia d'actuació	Recursos i coordinació de tots els agents i serveis
Objectiu	27. Donar suport a l'acció del tercer sector que treballa la temàtica del VIH/Sida a nivell local.
Accions	• Potenciació del rol de les entitats i fundacions que treballen la temàtica del VIH/Sida, donant suport a la seva acció: recursos, visibilitat, coordinació amb ens públics,... • Organització del Dia Mundial contra la Sida amb la implicació de tots els agents - ja existent - .
Objectiu	28. Vehicular a través del Pla Local de VIH/Sida una acció coordinada i efectiva, fomentant el treball en xarxa dels diversos agents que actuen a nivell local.
Accions	• Establiment de reunions periòdiques de coordinació amb els diferents agents implicats (professional sanitari, agents de salut, entitats,...) i de mecanismes que facilitin la interacció entre els mateixos (presencial i no presencial). • Creació d'una comissió tècnica per al desenvolupament del Pla que estableixi

	mecanismes de coordinació i seguiment del mateix (taules interdepartamentals). • Centralització dels resultats obtinguts dels sistemes de recollida de dades i observació continuada en relació a diversos aspectes vinculats a la temàtica (epidemiologia i incidència, pràctiques sexuals, espais amb conductes immediates de risc, índex d'inserció,...). • Disseny i desenvolupament de projectes de millora a partir de l'anàlisi crític dels resultats de la recollida sistemàtica de dades i observació continuada, fomentant l'optimització recursos ja existents.
Objectiu	29. Promoure la formació continuada dels professionals involucrats.
Accions	• Creació d'una base de dades de recursos on-line (guies, documents, materials, webs....) on centralitzar les informacions d'interès (activitats, congressos, seminaris). • Organització d'activitats de formació específiques (jornades, sessions d'actualització,...). • Establiment de mecanismes que facilitin la interacció entre professionals (presencial i no presencial).

Línia d'actuació	Recerca i innovació
Objectiu	30. Conèixer i adherir-se a projectes d'innovació i impacte en l'àmbit del VIH/Sida.
Accions	• Adhesió a la Xarxa Sida i Món local i participació activa en les seves activitats. • Seguiment dels avenços en investigació mèdica: vacuna del VIH, nous tractaments antiretrovirals,... • Coneixement i intercanvi de bones pràctiques i experiències relatives a l'acció local en VIH.

4.4 Objectius segons prioritat

Amb la finalitat de prioritzar la planificació de l'acció local, s'ha establert un codi de prioritat (en funció de la puntuació atorgada en el taller participatiu de planificació) per a cada un dels objectius, entenent que aquesta és el nivell de concreció adequat per a dur a terme aquesta tasca. Aquest codi contempla una gamma 1-4, corresponent 1 a la màxima prioritat.



Així, presentem a continuació els objectius ja recollits en l'apartat anterior, però ho fem en funció de la importància que se'ls atorga, independentment de l'àmbit o línia d'actuació als que facin referència, i amb la voluntat d'oferir un punt de partida vàlid a l'hora de començar a desenvolupar el Pla.

Recollim els objectius acompanyats del número que els correspon - l'utilitzat en el punt anterior -, per tal de facilitar la consulta dels mateixos en la relació complerta que aquest presentava.

OBJECTIUS AMB PRIORITAT MÀXIMA (p.1)

- 1. Millorar el nivell de coneixement de la població en general (i en especial dels joves) en relació a la incidència real del VIH/Sida i els canvis que s'estan produint en els patrons de transmissió.
- 2. Generar estratègies de prevenció dirigides a la població en general (diverses edats) i orientades a desenvolupar-se en diversos àmbits (tan formals com no formals i informals).
- 6. Generar estratègies preventives dirigides a aconseguir un major grau de conscienciació entre el col·lectiu d'HSB.
- 7. Identificar aquells espais on es duen a terme pràctiques sexuals de risc entre homes de forma sistemàtica i potenciar les intervencions preventives immediates sobre el terreny.
- 8. Crear programes de prevenció dirigits als treballadors i les treballadores sexuals i als seus usuaris, identificant aquells espais on es duen a terme pràctiques sexuals de risc de forma sistemàtica i potenciant les intervencions preventives immediates sobre el terreny.
- 15. Disposar de centres alternatius als hospitalaris/clínic on es realitzi la prova ràpida del VIH de forma anònima, gratuïta i confidencial, i donar-los a conèixer a la població.
- 18. Impulsar l'existència dels recursos necessaris pel que fa a suport psicològic i social fora de l'àmbit hospitalari, per a garantir una atenció integral a persones amb VIH/Sida.
- 23. Impulsar programes i recursos que fomentin l'autoestima, l'interrelació amb l'entorn, i la participació social de les persones que viuen amb VIH/Sida.
- 26. Garantir els mitjans necessaris per conèixer l'impacte epidemiològic del VIH/Sida en el territori en termes comparables (a altres períodes i a altres territoris), a través d'una recollida sistemàtica de dades i una bona comunicació amb CEESCAT i altres agents.

OBJECTIUS AMB PRIORITAT ALTA (p.2)

- 3. Adaptar la tipologia d'intervencions preventives dirigides als joves i el missatge que s'hi dona a la realitat social actual i als canvis en les conductes sexuals, incidint des d'una perspectiva que inclogui l'educació sexual en un marc més general de capacitats i habilitats socials.
- 4. Promoure l'ús dels preservatius i l'accessibilitat als mateixos, i sensibilitzar entorn a la inexistència de protecció envers les ITS amb l'ús d'altres anticonceptius.
- 5. Donar continuïtat i potenciar programes de prevenció dirigits a UDVP, i garantir la seva capacitat d'adaptació a possibles canvis en el consum.
- 11. Millorar la coordinació i interrelació entre els agents i la seva tasca preventiva, establint mètodes d'avaluació sistemàtica i comparable d'aquesta.
- 14. Promoure programes de detecció precoç en els Centres primaris, fomentant la realització de proves de detecció del VIH entre la població en general (com a procediment normalitzat, desestigmatitzat i rutinari en identificar en els pacients marcadors clínics o conductuals que ho facin recomanable).
- 17. Comptar amb els recursos necessaris per a garantir l'atenció a persones afectades en situació de dependència i/o vulnerabilitat social.
- 19. Dotar dels recursos necessaris (humans i econòmics) la Unitat de VIH de l'HUSJR.
- 22. Millorar el coneixement que té la població en general del caràcter de la malaltia, els riscos, la vida del malalt,... per tal de normalitzar-la i no estigmatitzar-la.
- 25. Potenciar la participació de les persones que viuen amb VIH/Sida en programes de foment de l'ocupació i empreses d'inserció.
- 28. Vehicular a través del Pla Local de VIH/Sida una acció coordinada i efectiva, fomentant el treball en xarxa dels agents que actuen a nivell local.

OBJECTIUS AMB PRIORITAT NORMAL (p.3)

- 9. Generar recursos en el si de les pròpies tasques de prevenció que les facin capaces de superar possibles barreres de comunicació amb realitats culturals diverses (idiomàtiques, visió de les relacions sexuals,...) i incidir en pràctiques de risc freqüents entre aquests col·lectius.
- 10. Generar estratègies de prevenció dirigides a les persones nouvingudes que quan arriben ja són portadores del VIH.
- 12. Promoure que els serveis gaudeixin dels recursos necessaris (sobretot humans) per dur a terme la seva tasca preventiva.
- 13. Promoure la detecció precoç de la infecció per VIH entre col·lectius amb risc elevat de contagi (UDVP, HSH, treball sexual) fomentant la realització de proves de diagnòstic periòdiques i sistemàtiques.
- 24. Aconseguir la implicació dels agents socials que tenen responsabilitat en el procés d'integració laboral.
- 27. Donar suport a l'acció del tercer sector que treballa la temàtica del VIH/Sida a nivell local.
- 29. Promoure la formació continuada dels professionals involucrats (p.3).
- 30. Conèixer i adherir-se a projectes d'innovació i impacte en l'àmbit del VIH/Sida.

OBJECTIUS AMB PRIORITAT BAIXA (p.4)

- 16. Millorar l'accés i adhesió als tractaments mèdics.
- 20. Potenciar la coordinació de la Unitat de VIH de l'HUSJR i els professionals dels CAP.
- 21. Identificar els factors o causes que dificulten el procés d'inserció social de les persones amb VIH/Sida.

5. PROPOSTA DE DESENVOLUPAMENT

Presentem en aquest apartat una proposta per tal d'organitzar el desplegament del Pla local d'acció en VIH/Sida una vegada aquest estigui aprovat pel Ple municipal.

Assenyalem doncs diversos aspectes que caldrà tenir en compte durant la seva implementació, vinculats a la coordinació, a la programació de les accions, l'avaluació i el seguiment participatiu del Pla. Aquestes orientacions hauran de ser valorades i adaptades segons el model organitzatiu que s'adopti i els recursos que hi puguin ser destinats.

5.1 Implementació del Pla

La implementació del Pla d'acció es pot dur a terme una vegada aquest hagi estat aprovat pel Ple municipal. En aquest sentit és recomanable la creació d'un òrgan d'execució (comissió tècnica) que vetlli pel seu desenvolupament i coordini les diferents unitats i serveis implicats en cadascuna de les accions. Les tasques a realitzar per part d'aquest òrgan es concreten en:

1. Planificar el desplegament temporal dels objectius del Pla.
2. Dimensionar i programar les accions previstes.
3. Comunicar i difondre les accions que es realitzen en el marc del Pla.
4. Avaluar i fer un seguiment d'aquestes accions així com del propi desplegament del pla.
5. Reorientar el pla d'acció per tal d'adaptar-lo a necessitats sorgides o resoldre problemes no previstos.

Es proposa que formin part d'aquesta comissió tècnica un grup reduït de professionals que, havent adoptat una actitud de corresponsabilització durant el procés d'elaboració del Pla, actuïn com a grup motor del mateix. El treball en el si d'aquest grup ha de ser planificat i constant.

5.2 Programació de les accions

Si bé la prioritització dels diferents objectius feta durant la fase de planificació ha de servir per guiar el desplegament del Pla (valorant el nivell de prioritat assignada i posant-lo en relació amb el període d'implementació), sobre la base del treball realitzat caldrà concretar la programació de les accions consensuades. Aquesta fase, liderada per la comissió tècnica del Pla, acostuma a comptar amb una participació restringida als agents responsables del seu desenvolupament ja que ells seran capaços de concretar la pertinença i viabilitat de decisions específiques.

Una manera clàssica sobre la qual establir un marc general de programació és mitjançant l'esquema de les nou preguntes³⁵. Consisteix a plantejar-se els aspectes següents:

Per què	Justificacions basades en el diagnòstic previ que ajuden a ubicar la proposta i a delimitar les necessitats a les quals ha de respondre
Per a què	Quin és l'objectiu de la proposta
Què	Descripció detallada de la proposta
A qui	Quins són els actors o col·lectius destinataris de la proposta
Com	Quines són les activitats i accions que es desprenen de la proposta i la metodologia que es pretén seguir
Amb qui	Recursos humans i actors necessaris per a l'engegada de la proposta (qui lidera, qui executa, qui participa en el seu desenvolupament, qui participa en el seu seguiment)
Amb què	Recursos materials i econòmics necessaris per al desenvolupament de les accions proposades, tot diferenciant entre els disponibles i els que s'han d'aconseguir
Quan	Calendari detallat d'accions i la temporalització d'aquestes
On	Espais on es farà o s'intervindrà

A aquestes nou preguntes se li haurà d'afegir la definició dels criteris i indicadors d'avaluació com plantejarem tot seguit. D'altra banda, també pot ser interessant referir-se als factors externs que poden actuar com a condicionants durant el desenvolupament de cada acció.

³⁵ MARTÍ, JOEL. *Tècniques participatives per al debat grupal, Papers de Participació Ciutadana*. Barcelona, Diputació de Barcelona, 2006.

5.3 Avaluació de la implementació

Analitzar el grau d'adequació de la situació actual en relació a uns objectius previstos és, en part, una forma específica i sistematitzada de diagnosticar, és per això que sempre que es pugui s'haurà de comptar amb indicadors que permetin mesurar l'impacte de les intervencions i la seva evolució en el temps. En aquest sentit, l'avaluació de la implementació del Pla haurà de contemplar l'anàlisi de les accions, els objectius i el desenvolupament global amb indicadors referits als resultats i al procés. La taula que es mostra a continuació n'esbossa una proposta:

Què	Avaluació de les accions	Avaluació dels objectius	Avaluació general del Pla
Com	Fitxa anual de seguiment	Memòria anual d'implementació	Memòria final d'implementació
Per a què	Avaluar l'aplicació i la qualitat de les accions realitzades	Analitzar l'execució anual del Pla	Analitzar el grau de consecució global del Pla
A través de	• Freqüència de les accions realitzades • Usuaris atesos • Èxit assolit • Satisfacció dels usuaris • Cost per usuari • Autoavaluació de l'equip de professionals en relació als objectius i desenvolupament de l'acció. • Anecdolari • ...	• Consecució dels objectius desenvolupats per a cada àmbit d'actuació. • Coordinació entre els agents implicats. • Satisfacció general del agents implicats. • Funcionament de la comissió tècnica • Presència als mitjans de comunicació. • ...	• Consecució dels objectius desenvolupats per a cada àmbit d'actuació • Coordinació entre els agents implicats • Satisfacció general del agents implicats • Funcionament de la comissió tècnica • Presència als mitjans de comunicació • ...

Així doncs, una proposta per tal de materialitzar l'anàlisi del desenvolupament i l'execució del Pla és l'elaboració d'un informe anual que tingui per objectiu recollir de forma resumida tot el pla

d'acció desenvolupat (accions i objectius). En aquest informe hi ha de constar l'avaluació de cadascuna de les accions desenvolupades pels diversos agents, és per això que resulta important dissenyar una fitxa de seguiment compartida que garanteixi que aquesta tasca es faci de manera sistemàtica.

Aquest informe anual, coordinat per la comissió tècnica, es pot elevar a una comissió de seguiment per tal d'analitzar-lo i poder acordar les mesures corresponents segons els resultats obtinguts. Finalment, en acabar el període previst d'implantació del Pla, aquesta comissió també serà la que analitzi el grau global de consecució.

5.4 Seguiment participatiu

L'objectiu de realitzar un seguiment participatiu al procés de desenvolupament d'un pla és aportar informació útil als seus responsables per visualitzar la seva implementació i prendre decisions adaptades i coherents en el cas que fos necessari. Sintèticament, el seguiment participatiu ajuda a:

1. Visualitzar la situació en curs i els progressos que es realitzen.
2. Ajustar les actuacions en funció dels resultats obtinguts.
3. Millorar la gestió dels recursos redistribuint-los segons els resultats obtinguts.
4. Retre comptes del desenvolupament del Pla als agents implicats.

En aquest sentit es proposa la creació d'una comissió de seguiment al Pla local d'acció en VIH/Sida, integrada per personal tècnic i polític, que aglutini totes les unitats, serveis i institucions que juguen un paper rellevant en matèria de VIH/Sida a nivell local. Aquest òrgan pot convocar-se amb una periodicitat anual per acomplir les funcions que li siguin atorgades.

6. BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

Bibliografia

- Ajuntament de l'Hospitalet. *Pla d'Acció sobre el VIH/Sida a L'Hospitalet (PASaL'H) 2001-2004*
- Diversos autors. *La infección por el VIH, Guia pràctica*. Sociedad andaluza de enfermedades infecciosas, 2003
- MARTÍ, Joel i REBOLLO, Oscar. *Eines per a la participació ciutadana. Participació ciutadana: bases, mètodes i tècniques (versió actualitzada)*. Diputació de Barcelona, 2007
- MARTÍ, JOEL, *Tècniques participatives per al debat grupal*. Papers de Participació Ciutadana. Barcelona, Diputació de Barcelona, 2006.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. *INFECCIÓN POR VIH Y SIDA PLAN MULTISECTORIAL 2001-2005*. Espanya, 2001
- UNAIDS. *Global Report: Unaid report on the global Aids epidemic 2010*
- Xarxa Sida i món local. *Model d'intervenció en VIH/Sida en l'àmbit local a Catalunya*, 2006

Webgrafia

- AJUNTAMENT DE REUS
www.reus.cat
- ASSOCIACIÓ CIUTADANA ANTI SIDA DE CATALUNYA
www.acasc.info
- CENTRE D' ESTUDIS EPIDEMIOLÒGICS SOBRE LES ITS I SIDA DE CATALUNYA

www.ceescat.org

- CESIDA, COORDINADORA ESTATAL DEL VIH/SIDA
www.infoSida.es
- DEPARTAMENT DE SALUT, GENERALITAT DE CATALUNYA
www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/Sida/index.html
- DIARI DE TARRAGONA
www.diaridetarragona.com
- FUNDACIÓ SIDA I SOCIETAT
www.Sidaisocietat.org
- FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO EN EL ÀMBITO DEL VIH (FIT)
www.fundacionfit.org
- FUNDACIÓN SALUD Y COMUNIDAD (FSC)
www.fsyc.org
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD
www.mspsi.es
- ONUSIDA, PROGRAMA CONJUNT DE LES NACIONS UNIDES SOBRE EL VIH/SIDA
www.unaids.org
- SIDASTUDI, ONG
www.Sidastudi.org
- SOCIEDAD ANDALUZA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (SAEI)
www.saei.org

ANNEX I:

BUIDATGE ENQUESTA JOVES I SIDA

Presentem en aquest annex el buidatge de l'enquesta de diagnosi Joves i Sida, els resultats de la qual s'han integrat en diversos moments de la presentació de la diagnosi (2.3 *Diagnosi per àmbits*). Podeu consultar informació en relació a la realització de la mateixa en el punt 2.1.2 *Dades subjectives: participants i metodologia*.

Recollim aquest buidatge estructurat en relació als aspectes que l'enquesta tenia per objectiu tractar. En aquest sentit, i prèvia introducció del sexe i edat dels participants, trobem les preguntes i resultats emmarcats en els següents grans apartats:

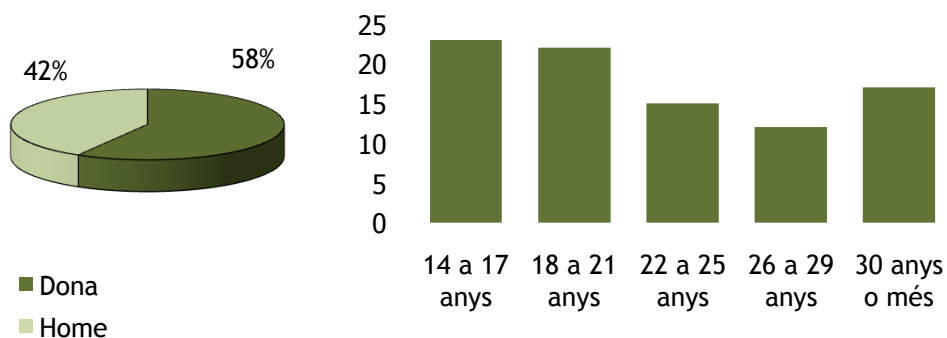
- Nivell de coneixement de la incidència real del VIH en el municipi.
- Nivell de coneixement del caràcter i conseqüències de la malaltia/realitat del malalt.
- Nivell de protecció davant relacions sexuals (ús del preservatiu)
- Nivell de percepció del risc.
- Nivell de coneixement dels recursos locals.
- Opinió en relació a l'eficàcia de l'acció preventiva.

Participants: sexe i edat

Dona	52
Home	37
N	89

14 a 17 anys	23
18 a 21 anys	22
22 a 25 anys	15
26 a 29 anys	12
30 anys o més	17
N	89

Figura 1

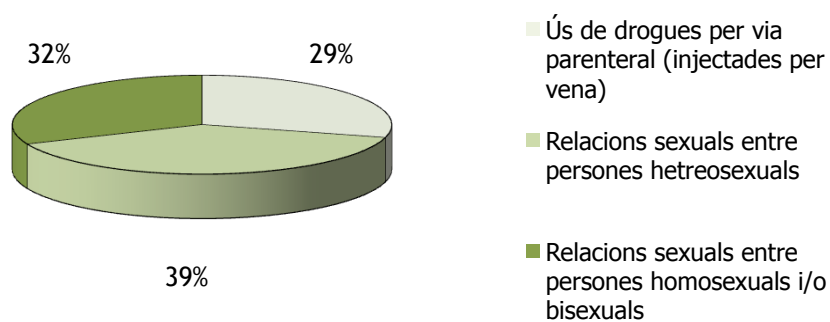


Nivell de coneixement de la incidència real del VIH en el municipi

Pregunta 1. *Quina creus que és la via de contagi de la Sida més habitual a la nostra ciutat?*

Ús de drogues per via parenteral	26
Relacions sexuals entre persones hetreosexuals	35
Relacions sexuals entre persones homosexuals i/o bisexuals	28
N	89

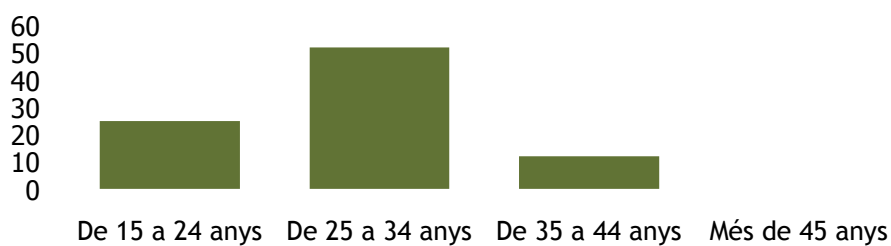
Figura 2



Pregunta 2. *Quina creus que és la franja d'edat en què s'han detectat més casos?*

De 15 a 24 anys	25
De 25 a 34 anys	52
De 35 a 44 anys	12
Més de 45 anys	0
N	89

Figura 3



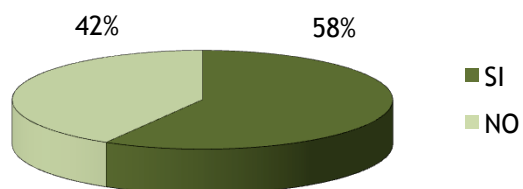
Nivell de coneixement del caràcter i conseqüències de la malaltia/realitat del malalt

Pregunta 3. *La persona que té la Sida en l'actualitat...*

a) *... pot mantenir relacions sexuals sense contagiar el virus?*

Si	52
No	37
N	89

Figura 4



b) *... morirà inevitablement per culpa de la malaltia?*

Sempre	15
Gairebé sempre	40
Gairebé mai	34
Mai	0
N	89

Figura 5



c) ... pot viure amb una normalitat i qualitat de vida similar a la que tenia abans de ser diagnosticat?

Sempre	2
Gairebé sempre	50
Gairebé mai	22
Mai	15
N	89

Figura 6

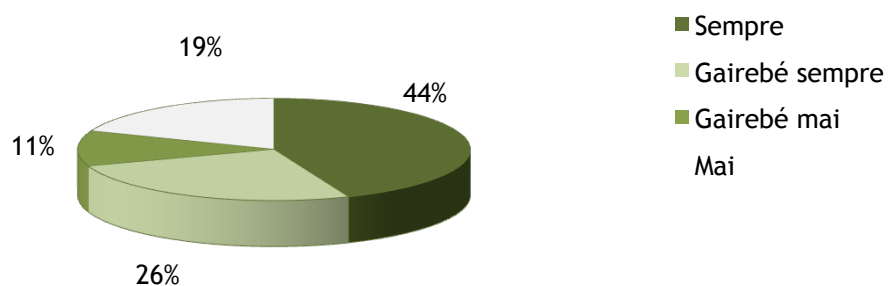


Nivell de protecció davant relacions sexuals (ús del preservatiu)

Pregunta 4. *Quan tens relacions sexuals utilitzes preservatiu?*

Sempre	39
Gairebé sempre	23
Gairebé mai	10
Mai	17
N	89

Figura 7



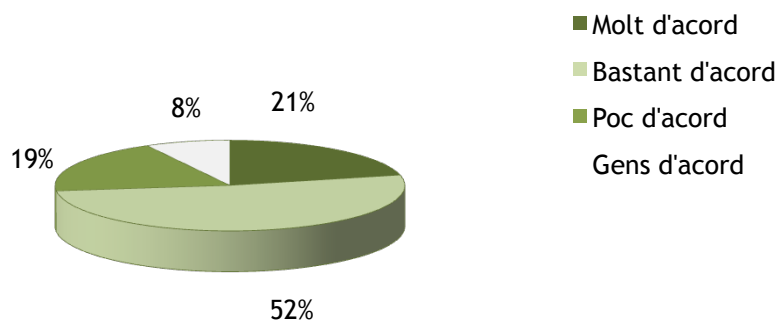
Nivell de percepció del risc

Pregunta 5. *Digues fins a quin punt estàs d'acord amb les següents afirmacions*

a) *És molt difícil que jo em contagi amb el VIH/SIDA al llarg de la meua vida*

Molt d'acord	19
Bastant d'acord	46
Gens d'acord	17
Poc d'acord	7
N	89

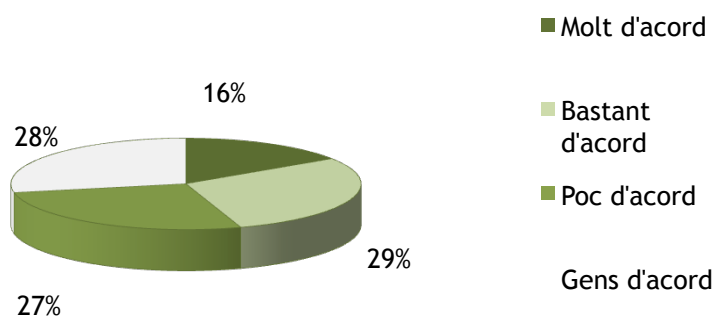
Figura 8



b) *Si una persona es contagia amb el VIH/SIDA és perquè ha fet una cosa mal feta i/o era un persona exclosa socialment.*

Molt d'acord	14
Bastant d'acord	26
Gens d'acord	24
Poc d'acord	25
N	89

Figura 9

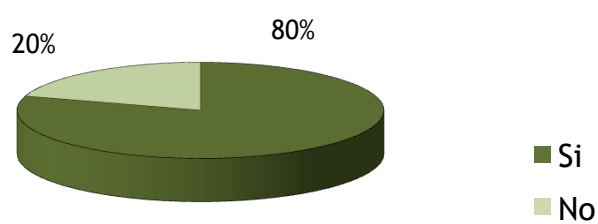


Pregunta 6. *En cas d'haver realitzat una conducta sexual de risc...*

a) *... saps on t'hauries de dirigir per informar-te i fer-te la prova?*

Si	71
No	18
N	89

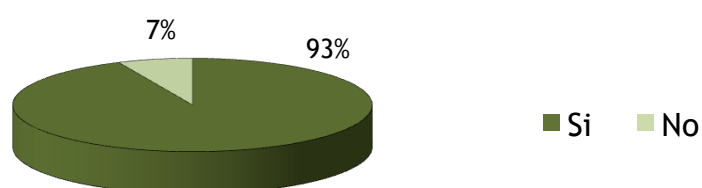
Figura 10



b) *... hi aniries i et faries la prova?*

Si	83
No	6
N	89

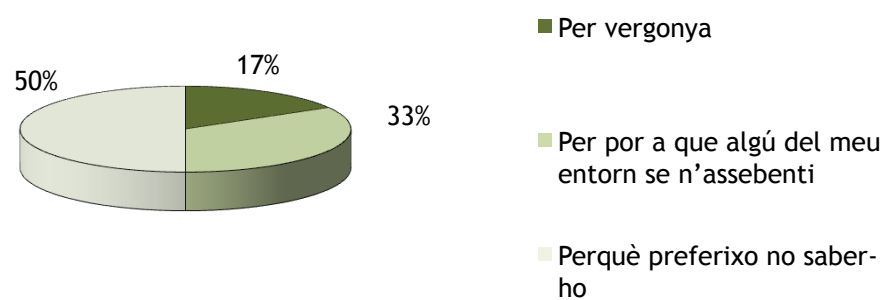
Figura 11



c) En cas d'haver respòs NO... per què?

Per vergonya	1
Per por a que algú del meu entorn se n'assebenti	2
Perquè prefereixo no saber-ho	3
Altres (especificar)	0
N	6

Figura 12

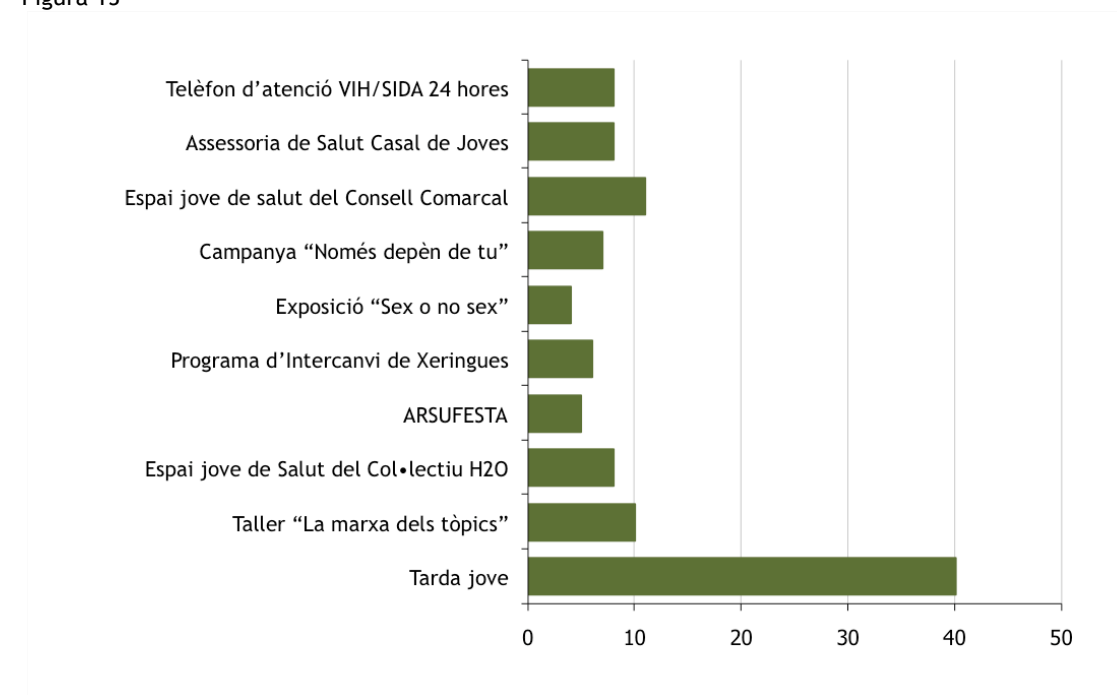


Nivell de coneixement dels recursos locals

Pregunta 7. *Quins dels següents serveis/recursos/campanyes de la ciutat de Reus coneixes i/o has utilitzat?*

Tarda jove	40
Taller "La marxa dels tòpics"	10
Espai jove de Salut del Col·lectiu H2O	8
ARSUFESTA	5
Programa d'Intercanvi de Xeringues (PIX)	6
Exposició "Sex o no sex"	4
Campanya "Només depèn de tu"	7
Espai jove de salut del Consell Comarcal	11
Assessoria de Salut Casal de Joves	8
Telèfon d'atenció VIH/SIDA 24 hores	8
N	107

Figura 13

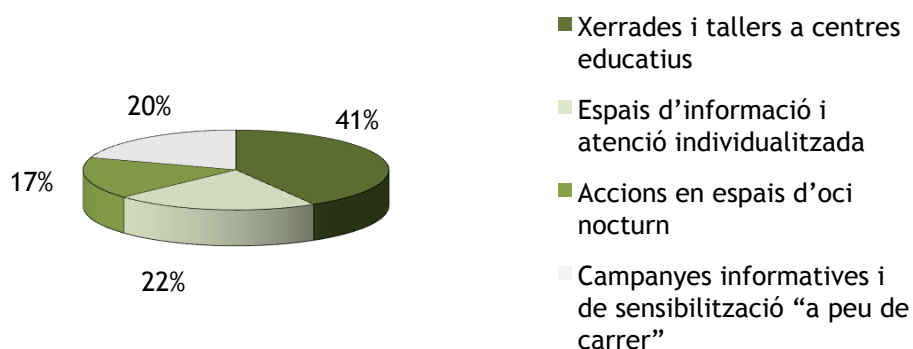


Opinió en relació a l'eficàcia de l'acció preventiva

Pregunta 8. *Quins tipus d'accions preventives i recursos creus que poden ser més eficaces de cara a evitar el contagi del VIH/SIDA entre els joves?*

Xerrades i tallers a centres educatius	54
Espais d'informació i atenció individualitzada	28
Accions en espais d'oci nocturn	22
Campanyes informatives i de sensibilització "a peu de carrer"	26
N	130

Figura 14



Camp obert: *Proposa altres accions preventives que cregueu podrien ser útils*

Presència en TV: anuncis de prevenció i programes adreçats a joves	4
Xerrades educatives (amb anàlisi de casos - causes i conseqüències)	3
Facilitar l'accés gratuït als preservatius (als centres educatius,...)	2
Presència en xarxes socials (facebook, tuenti,...): informació preventiva i difusió dels recursos existents	2
Estar present i donar informació en espai on es mouen els joves a partir de 15 o 16 anys (nocturns i diurns): activitats esportives, oci,...	2
La informació preventiva ja es té, el problema és que no se li fa cas	2
Xerrada o taller de persona infectada, que pugui explicar la seva experiència personal	1
Fer rutes en espais on s'identifiqui existència de risc	1

ANNEX II:

RELACIÓ DE PARTICIPANTS

A continuació apuntem la relació de persones que han participat en el procés, en base a la fase en la qual ho han fet. A totes elles volem agrair la seva participació, ja que amb les seves aportacions han fet possible l'elaboració d'aquest document.

Fase de diagnosi

Imma Albert	Tècnica de salut - Salut Pública Ajuntament de Reus
Xesca Arques	Tècnica prevenció de drogodependències - Salut Pública Ajuntament de Reus
Tre Borràs	Directora Servei de Drogodependències Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA) i Pla d'accions sobre drogues
Josep Àngel García	Afectat i director d'Aids-Quth, Grup de suport a afectats per la SIDA
Tamara Gil	Educadora social - La Illeta, centre de dia i activitats
Maria Asunción González	Infermera Hospital de Dia - Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA)
Sonsoles Jiménez	Treballadora social/ tècnica terapeuta sexual - Salut Pública Ajuntament de Reus
Antoni Lloret	Antropòleg - Servei de Drogodependències/intervenció comunitària Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA) Representant d'ARSU - Associació Reus Som Útils
Mercè Maduell	Vocal Junta de Govern - Col·legi Oficial de Farmacèutics de la província de Tarragona
Marta Mascaró	Coordinadora educativa - Granja Escola Castelló/ AEC Gris
Pedro Pardo	Metge adjunt Servei medicina interna - Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA)
Carmina Poblet	Metgessa de família Consultori Sant Josep Obrer - Àrea Bàsica Reus IV (Institut Català de la Salut)
Lluís Romero	Tècnic de salut - H2O Col·lectiu gai, lesbiana, bisexual i transexual del camp de Tarragona
Lourdes Solans	Tècnica de salut - Consell Comarcal del Baix Camp i Oficina Jove Regidoria Joventut Ajuntament de Reus
Teresa Besora	Directora Servei d'atenció primària Reus-Altebrat (Institut Català de la Salut)
Consuelo Collado	Coordinadora de Serveis Socials - Benestar Ajuntament de Reus
Joan Guix	Director Servei Regional al camp de Tarragona - Agència de Protecció de la Salut (Generalitat de Catalunya)
Jesús San Miguel	Coordinador Àrea Bàsica Reus V - Marià Fortuny (SAGESSA)
Valentín Rodríguez	President de la Federació d'Associacions de Veïns de Reus (FAVR)

Sebastià Domènech	Representant del grup municipal PP (Partit Popular de Catalunya)
Rosa Garrido	Representant del grup municipal PSC (Partit Socialista de Catalunya)
Teresa Gomis	Representant del grup municipal CIU (Convergència i Unió)
Ernest París	Representant del grup municipal ICV (Iniciativa per Catalunya-Verds) - EuiA (Esquerra Unida i Alternativa)
Empar Pont	Representant del grup municipal ERC (Esquerra Republicana de Catalunya)
Ariel Santamaria	Representant del grup municipal CORI (Coordinadora Reusenca Independent)

Fase de planificació

Imma Albert	Tècnica de salut - Salut Pública Ajuntament de Reus
Xesca Arques	Tècnica prevenció de drogodependències - Salut Pública Ajuntament de Reus
Tre Borràs	Directora Servei de Drogodependències Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA) i Pla d'accions sobre drogues
Tamara Gil	Educadora social - La Illeta, centre de dia i activitats
Sonsoles Jiménez	Treballadora social/ tècnica terapeuta sexual - Salut Pública Ajuntament de Reus
Pere Lindez	Coordinador de Salut Pública Ajuntament de Reus
Antoni Llorc	Antropòleg - Servei de Drogodependències/intervenció comunitària Hospital Universitari Sant Joan de Reus (SAGESSA) Representant d'ARSU - Associació Reus Som Útils
Mercè Maduell	Vocal Junta de Govern - Col·legi Oficial de Farmacèutics de la província de Tarragona
Carmina Poblet	Metgessa de família Consultori Sant Josep Obrer - Àrea Bàsica Reus IV (Institut Català de la Salut)
Lluís Romero	Tècnic de salut - H2O Col·lectiu gai, lesbiana, bisexual i transexual del camp de Tarragona