



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL
SOBRE EL SIDA

Paseo del Prado, 18-20. - 28075 MADRID
Teléf.: 91 5964034- Fax: 91 5964004

<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/>

INSTITUTO DE SALUD "CARLOS III"
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Sinesio Delgado, 6 - 28029 MADRID
Telf.: 91 8222600 - Fax: 91 387 78 15/16

http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp

PROYECTO EPI-VIH

Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2003-2006

Centros participantes:

Centro de Diagnóstico y Prevención de ETS de Sevilla.
Centro de ETS de Granada.
Unidad de ETS de Gijón.
Unidad de ETS, Hospital Monte Naranco de Oviedo.
Centro Dermatológico de Tenerife.
Plan de Sida de Cantabria. COF La Cagiga. Santander
Unidad ITS, CAP Drassanes de Barcelona
Programa de Prevención del SIDA y ETS del Ayuntamiento de Madrid.
Centro Sanitario Sandoval, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid.
Unidad de Prevención y Educación Sanitaria sobre SIDA de Murcia.
Unidad ETS-SIDA. Centro de Salud Área II. Cartagena.
Centro ETS Vitoria. Comarca Araba-Osakidetza.
Servicio de ETS. Sección de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Basurto de Bilbao.
Plan del SIDA del País Vasco. San Sebastián.
COFES de Pamplona y Unidad Atención a la mujer de Barañain, Navarra.
Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud, La Rioja. Logroño.
Centro de Información y Prevención del Sida de Alicante.
Centro de Información y Prevención del Sida de Castellón.
Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia.

Coordinación:

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III.
Secretaría del Plan Nacional sobre Sida.

Financiación:

FIPSE (Fundación formada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Abbott Laboratories, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck Sharp and Dohme, y Roche), exp. 3076/99, 36303/02 y 36537/05.

INTRODUCCION

La prevención de nuevas infecciones por el VIH es la principal herramienta para el control de la epidemia, puesto que ésta es una enfermedad crónica que no tiene curación, a pesar de que los nuevos tratamientos antirretrovirales aumentan la supervivencia de los pacientes,

Para el desarrollo adecuado de las actividades de prevención se requiere disponer de fuentes de información que describan la distribución y evolución de la infección por el VIH en la población, así como las circunstancias en las que se producen las nuevas infecciones. Toda la población puede ser susceptible a la infección por el VIH, pero la prevalencia alcanza niveles mucho más altos en determinados colectivos, en los que se producen con mayor frecuencia exposiciones de riesgo. La prevención ha de adaptarse a las características de cada población, y para ello se requiere disponer de información específica sobre los principales colectivos afectados.

El grupo EPI-VIH reúne una red de centros de primera línea para el consejo y el diagnóstico de VIH en poblaciones de gran vulnerabilidad para la infección, constituyendo una fuente de gran valor para cuantificar y analizar anualmente el perfil de las personas que acuden a hacerse la prueba a los centros participantes, así como el de aquellas que se diagnostican por primera vez.

En este informe se presenta la información correspondiente a los nuevos diagnósticos de VIH durante el periodo 2003-2006.

OBJETIVOS

Describir la frecuencia y características de las personas que se diagnosticaron de infección VIH en el periodo 2003-2006 en la red de centros participantes en el estudio EPI-VIH.

MÉTODOS

- **Diseño:** Estudio descriptivo transversal.
- **Periodo:** 2003-2006.
- **Ámbito:** Diecinueve centros especializados en diagnóstico del VIH situados en 18 ciudades españolas.
- **Sujetos:** Pacientes que se realizaron de forma voluntaria la prueba del VIH durante el periodo de estudio en alguno de los centros participantes, bien por solicitud expresa o por recomendación del profesional sanitario que les atendió, y en los que se confirmó la presencia de anticuerpos anti-VIH.

En aquellos casos en los que, tras el diagnóstico, la persona refería conocer su situación de infectado, solo se tuvieron en cuenta los que habían recibido su primer diagnóstico en el periodo de estudio.

- **Variables de estudio y recogida de información:** Se ha recogido, en un cuestionario diseñado a tal efecto, la edad, sexo, país de origen, antecedentes de uso de drogas, exposiciones sexuales de riesgo, existencia de pruebas previas, circunstancias a las que se atribuye la infección, niveles de CD4 y carga viral al diagnóstico.
- **Análisis de los datos:** Las variables cualitativas se describen mediante la frecuencia y el porcentaje y las cuantitativas mediante la media y desviación estándar (DE) ó la mediana y los percentiles 25 y 75. Para la comparación de medias se empleó el test de la T de Student y para la comparación de proporciones el test de la χ^2 .

En aquellos casos que presentaban información se han estimado las fechas probables de inicio y fin de la exposición al VIH, clasificándose los individuos en función de sí podía calcularse un *periodo probable de exposición* (PPE) o no.

Se consideró como fecha probable de inicio de la exposición la fecha de realización del test negativo previo; si esta no constaba la fecha de inicio de exposición fue estimada por el médico, de acuerdo a la información proporcionada por el paciente en la consulta. Como fecha probable de fin de exposición se consideró la fecha del primer test positivo recibido, o en su defecto, la fecha del actual diagnóstico de infección por VIH.

Se ha calculado la *fecha de probable seroconversión* como el punto medio entre las fechas probables de inicio y fin de la exposición al VIH. Por último, se ha calculado la diferencia en meses entre esta fecha estimada de seroconversión y la fecha del primer diagnóstico de infección por VIH.

Al interpretar los resultados hay que tener en cuenta el perfil de la población que ha acudido a estos centros durante el periodo de estudio. Para ello puede consultarse el informe “Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2000-2006” en

http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_VIH.jsp

RESULTADOS

Durante el periodo se reclutaron 1.595 nuevos diagnósticos de infección por VIH (353 en el año 2003, 382 en 2004, 420 en 2005 y 440 en 2006). La distribución de los casos según centro participante y año de diagnóstico se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los nuevos diagnósticos según centro y año de diagnóstico

Centros	Año de diagnóstico				Total
	2003	2004	2005	2006	
ALICANTE	31	36	43	39	149
BARCELONA	52	66	70	59	247
BILBAO	18	17	11	9	55
CARTAGENA	1	7	1	0	9
CASTELLON	5	7	8	11	31
GIJON	6	3	5	4	18
GRANADA	10	3	7	10	30
LA RIOJA	5	1	1	2	9
MADRID-MONTESA	12	13	15	21	61
MADRID- SANDOVAL	111	118	148	175	552
MURCIA	1	1	0	0	2
OVIEDO	5	5	5	6	21
PAMPLONA	4	1	0	2	7
SAN SEBASTIAN	5	2	6	2	15
SANTANDER	0	0	4	2	6
SEVILLA	19	26	13	22	80
TENERIFE	23	29	24	24	100
VALENCIA	41	47	55	49	192
VITORIA	4	0	4	3	11
Total	353	382	420	440	1.595

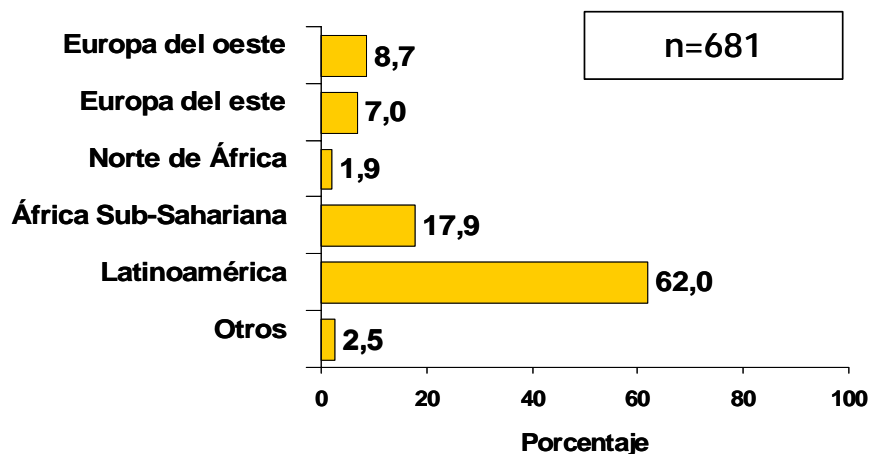
a) Características sociodemográficas de los nuevos diagnósticos

Del total de nuevos diagnósticos, la mayoría fueron hombres (80,4%), de entre 25 y 34 años (47,1%), y con estudios secundarios o superiores (64,3%). Respecto a la procedencia, 681 casos (42,7%) eran originarios de otros países distintos de España, siendo Latinoamérica y África Sub-sahariana las regiones predominantes (Tabla 2, Figura1).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los nuevos diagnósticos

Variables	Año de diagnóstico								TOTAL	
	2003		2004		2005		2006			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo										
Hombre	256	72,5	277	72,5	363	86,4	387	88,0	1.283	80,4
Mujer	75	21,2	63	16,5	51	12,1	53	12,0	242	15,2
No consta	22	6,2	42	11,0	6	1,4	0	,0	70	4,4
Grupos de edad										
<25 años	56	15,9	48	12,6	52	12,4	45	10,2	201	12,6
25-34 años	174	49,3	154	40,3	213	50,7	211	48,0	752	47,1
35-44 años	80	22,7	101	26,4	115	27,4	135	30,7	431	27,0
>=45 años	18	5,1	28	7,3	32	7,6	39	8,9	117	7,3
No consta	25	7,1	51	13,4	8	1,9	10	2,3	94	5,9
Nivel de estudios										
Sin estudios	11	3,1	11	2,9	4	1,0	7	1,6	33	2,1
Primarios	81	22,9	77	20,2	84	20,0	89	20,2	331	20,8
Secundarios	133	37,7	136	35,6	195	46,4	139	31,6	603	37,8
Superiores	83	23,5	101	26,4	98	23,3	141	32,0	423	26,5
No consta	45	12,7	57	14,9	39	9,3	64	14,5	205	12,9
País de origen										
España	196	55,5	226	59,2	249	59,3	243	55,2	914	57,3
Otro país	157	44,5	156	40,8	171	40,7	197	44,8	681	42,7
TOTAL	353	100,0	382	100,0	420	100,0	440	100,0	1.595	100,0

Figura 1. Distribución de los pacientes procedentes de otros países según región de origen



b) Características de la transmisión

Los pacientes se clasificaron de manera excluyente según el mecanismo de transmisión más probable de la infección por VIH. Las relaciones sexuales no protegidas fueron las responsables de la transmisión en 1.468 casos (92,1%), en 95 pacientes (5,9%) se atribuyó al uso compartido de material de inyección de drogas, y en 32 (2%) se produjo por otros mecanismos (un caso de transmisión perinatal y otro debido a accidente laboral) o bien no se pudo determinar (en 30 casos no consta información).

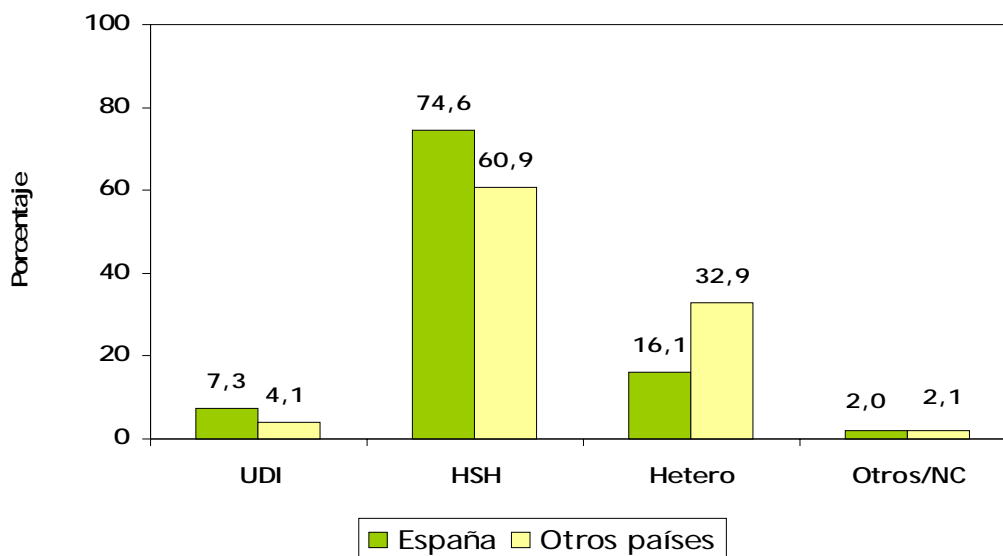
Del total de pacientes, 1.097 (68,8%) atribuyen la transmisión a contactos sexuales entre hombres y 371 (23,3%) a contactos heterosexuales. A lo largo del periodo se observa un incremento de la proporción de personas que refieren como mecanismo probable de transmisión las relaciones sexuales entre hombres (Tabla 3).

Tabla 3. Mecanismos de transmisión más probables

Mecanismo de transmisión	Año de diagnóstico								TOTAL	
	2003		2004		2005		2006			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Uso compartido de material de inyección de drogas	25	7,1	33	8,6	17	4,1	20	4,6	95	5,9
Relaciones homosexuales no protegidas	212	60,1	242	63,4	313	74,5	330	75,0	1.097	68,8
Relaciones heterosexuales no protegidas	105	29,7	101	26,4	84	20,0	81	18,4	371	23,3
Otros/No consta	11	3,1	6	1,6	6	1,4	9	2,0	32	2,0
TOTAL	353	100,0	382	100,0	420	100,0	440	100,0	1.595	100,0

Se encontraron diferencias en el mecanismo de transmisión según procedencia de los pacientes. Las relaciones homosexuales no protegidas fueron más frecuentes en españoles (74,6% frente a 60,9%) y las relaciones heterosexuales sin preservativo más frecuentes en inmigrantes (32,9% frente a 16,1%) (Figura 2).

Figura 2. Distribución de los nuevos diagnósticos según mecanismo de transmisión y país de origen



Para los 1.468 casos en los que la transmisión se atribuye a relaciones sexuales sin protección, se recogió la situación más probable en la cual se produjo. Teniendo en cuenta que un mismo paciente pudo referir más de una situación de riesgo, las más frecuentes fueron las relaciones con un contacto esporádico (65,7%) seguidas de las relaciones con la pareja estable (37,1%), sin apreciarse cambios en el periodo (Tabla 4).

Tabla 4. Situaciones de riesgo en los casos de transmisión sexual

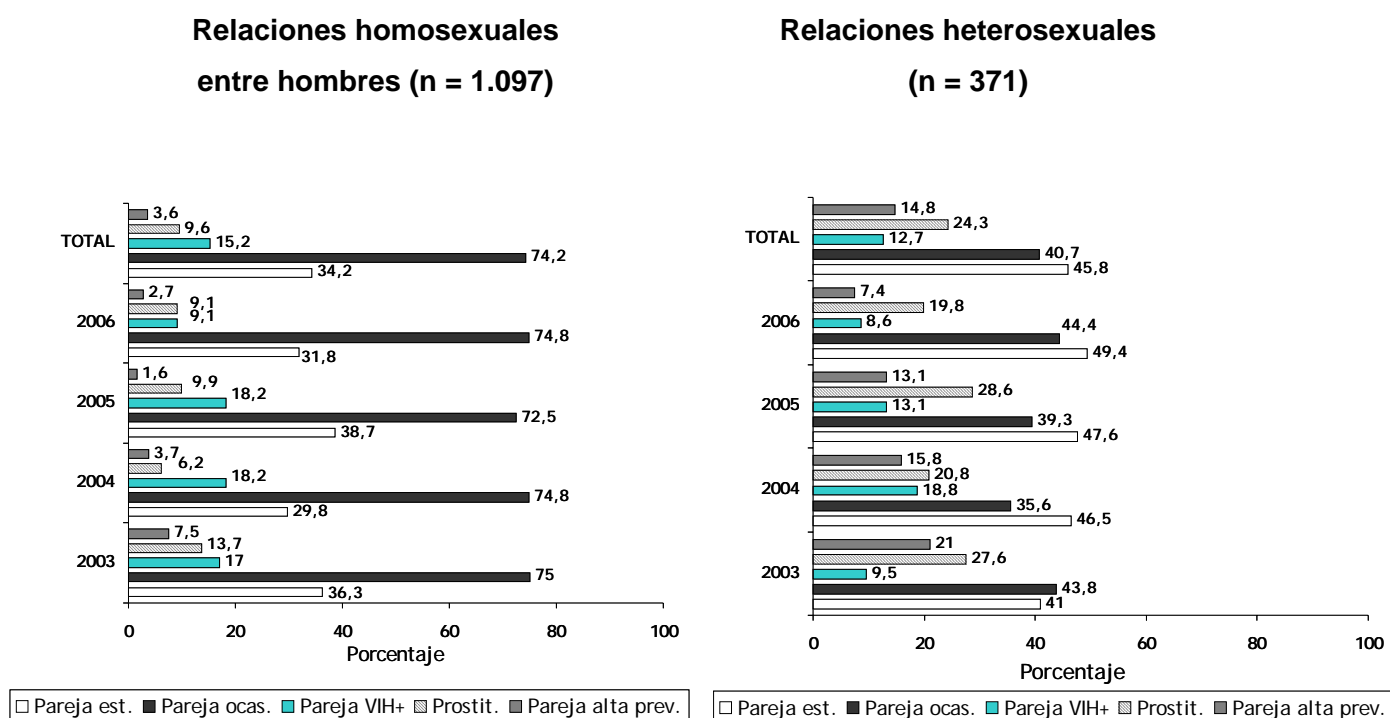
Situación de riesgo	Año de diagnóstico								TOTAL	
	2003		2004		2005		2006			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Relación sexual con pareja estable	120	37,9	119	34,7	161	40,6	145	35,3	545	37,1
Relación sexual con contacto esporádico	205	64,7	217	63,3	260	65,5	283	68,9	965	65,7
Relación sexual con una persona de la que el paciente sabía que estaba infectada	46	14,5	63	18,4	68	17,1	37	9,0	214	14,6
Relación sexual a cambio de dinero o drogas	58	18,3	36	10,5	55	13,9	46	11,2	195	13,3
Relación sexual con persona de área de alta prevalencia	38	12,0	25	7,3	16	4,0	15	3,6	94	6,4
TOTAL	317	100,0	343	100,0	397	100,0	411	100,0	1.468	100,0

*Un paciente puede tener más de una situación de riesgo.

**NC: No consta información

Se detectaron diferencias en las situaciones de riesgo según el tipo de contacto sexual. Las relaciones sexuales con contactos esporádicos (74,2%) y con la pareja estable (34,2%) fueron más frecuentes entre los hombres homosexuales; en las personas con contactos heterosexuales, las relaciones con la pareja estable (45,8%), con un contacto esporádico (40,7%) y el ejercicio de la prostitución (24,3%) fueron las situaciones más frecuente (Figura 3).

Figura 3. Distribución de los nuevos diagnósticos según situaciones de riesgo en los casos de probable transmisión sexual



*Un paciente puede tener más de una situación de riesgo.

Algunos casos han referido como exposición más probables determinadas situaciones concretas; así, 73 casos refirieron haber tenido una rotura o deslizamiento del preservativo, 35 casos atribuyeron su infección a una práctica de sexo oral y 2 a la realización de tatuajes o *piercing*.

c) Características clínicas

En 426 casos (26,7%) se diagnosticó simultáneamente con la infección por VIH una infección de transmisión sexual (ITS) (Tabla 5); en los pacientes en los que la transmisión se atribuye a relaciones sexuales, esta cifra ascendió al 28% (411 casos).

Del total de ITS diagnosticadas, las más frecuentes fueron la sífilis, bien aislada o bien acompañada de otra ITS (179 casos, 42,0%), los condilomas acuminados (93 casos, 21,8%) y la gonococia (48 casos, 11,3%).

Se encontraron diferencias significativas en la presencia de ITS concurrentes según origen (30,0% en los extranjeros frente al 24,3% en españoles) y según el mecanismo de transmisión del VIH (30,4% en relaciones homo/bisexuales, 20,8% en heterosexuales y 7,4% en usuarios de drogas).

El 40,3% (642) de los nuevos diagnósticos de VIH referían haber padecido alguna ITS en el pasado (Tabla 5). Para los 1.468 nuevos diagnósticos atribuidos a transmisión sexual, este porcentaje ascendió al 42,1%. En el total de los casos, la prevalencia de antecedentes de ITS según mecanismo de transmisión fue de 48,5% para los pacientes con relaciones homo/bisexuales, 23,2% para heterosexuales y 11,6% en usuarios de drogas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5. Otras infecciones de transmisión sexual

Infecciones de transmisión sexual (ITS)		Año de diagnóstico								TOTAL	
		2003		2004		2005		2006			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Concurrencia con otras ITS	Sí	91	25,8	97	25,4	101	24,0	137	31,1	426	26,7
	No	213	60,3	249	65,2	289	68,8	253	57,5	1.004	62,9
	NC	49	13,9	36	9,4	30	7,1	50	11,4	165	10,3
Antecedentes de ITS	Sí	128	36,3	157	41,1	167	39,8	190	43,2	642	40,3
	No	179	50,7	183	47,9	226	53,8	197	44,8	785	49,2
	NC	46	13,0	42	11,0	27	6,4	53	12,0	168	10,5
TOTAL		353	100,0	382	100,0	420	100,0	440	100,0	1.595	100,0

*NC: No consta información

Respecto al estadio clínico de la infección por VIH, la mayoría de los casos se encontraban asintomáticos en el momento del diagnóstico (estadio A) (1.108 casos, 69,5%), un 6,8% (108) estaban en fase de primoinfección, 4,6% (73) en estadio B (sintomático no sida) y en 27 pacientes (1,7%) el diagnóstico de la infección por VIH fue en estadio C (sida). En 279 (17,5%) no constaba esta información.

Se pudo disponer de información sobre serología de hepatitis C en 1.167 casos (73,2%), de los cuales 144 (12,3%) tenían anticuerpos anti-VHC. El 59,7% de las personas con hepatitis C eran o habían sido consumidores de drogas por vía intravenosa, y el 73,6% eran españoles

El nivel de CD4 al diagnóstico se recoge en 13 centros participantes. De los 1.092 pacientes con información, 121 (11,1%) tenían menos de 200 CD4 y 216 (19,8%) entre 200 y 350 (Tabla 6).

Tabla 6. Nivel de CD4 al diagnóstico

Nivel de CD4	Año de diagnóstico								TOTAL	
	2003		2004		2005		2006			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<200	34	14,8	32	13,1	30	9,8	25	8,0	121	11,1
200-350	38	16,6	55	22,5	63	20,6	60	19,2	216	19,8
>350	157	68,6	157	64,3	213	69,6	228	72,8	755	69,1
TOTAL	229	100,0	244	100,0	306	100,0	313	100,0	1.092	100,0

Para el total del periodo y comparando la proporción de casos con menos de 200 CD4 en el momento del diagnóstico con los que tenían más de 200, este porcentaje fue superior en los pacientes con menor nivel de estudios (18,2% en los que no tenían estudios o sólo primarios frente a un 8,9% de los que tenían estudios secundarios o superiores) y en los usuarios de drogas (21,8%) que en aquellos que habían contraído la infección por VIH a través de relaciones heterosexuales (15,7%) u homosexuales no protegidas (9,0%). Además, la media de edad de los casos con CD4 < 200 fue de 36,2 años (DE:8,1) frente a 32,6 años (DE:7,8) de los que tenían más de 200 CD4.

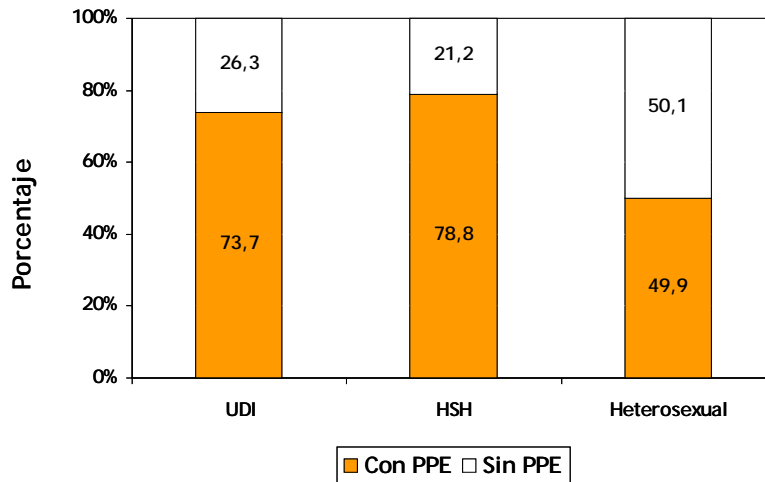
d) Periodo de seroconversión

Del total de nuevos diagnósticos del periodo, en 1.019 casos (63,9%) se pudo obtener una fecha de un test negativo previo, ya fuera documentada o referida por el paciente: en 302 casos (29,6%) la fecha estaba documentada en el centro participante en el estudio; en 69 (6,8%) en otro centro sanitario; en 594 (58,3%) fue el mismo paciente el que informó de la fecha; y en 54 ocasiones (5,3%) no constaba la fuente de información. Además de estos 1.019 pacientes, hubo otros 120 en los que el médico pudo estimar el periodo probable de exposición (PPE) al VIH gracias a la información aportada por ellos mismos en la consulta. Por ello, se pudo calcular el PPE en 1.139 pacientes (71,4%). La mediana de tiempo entre el inicio y final del PPE fue de 21,3 meses (P_{25} - P_{75} : 10,1 - 43,6).

Del total de personas con PPE conocido, la mayoría eran hombres (84,0%), con una edad comprendida entre 25 y 44 años (75,4%), con estudios secundarios o superiores (69,1%) y españoles (60,1%). El modo de transmisión del VIH más frecuente fueron las relaciones homosexuales (75,9% de los casos), seguidas de las heterosexuales (16,2%), y del uso compartido de material de inyección (6,1%).

Se han encontrado diferencias significativas en la proporción de personas con PPE conocido según distintas variables. El porcentaje de pacientes con PPE fue superior en los hombres (74,6% frente al 53,3% de las mujeres), en los españoles (74,8% frente al 66,8% de los procedentes de otros países) y en los pacientes con mayor nivel de estudios (76,7% con estudios secundarios o superiores frente al 65,4% sin estudios o tan solo con estudios primarios). También se detectaron diferencias en la proporción de casos con PPE conocido según el mecanismo de transmisión, siendo superior entre personas con relaciones homosexuales sin protección y en los usuarios de drogas (Figura 4).

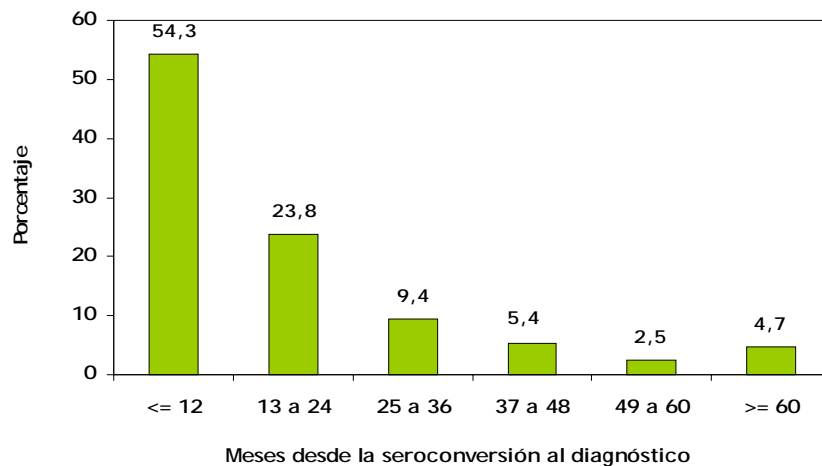
Figura 4. Distribución de los nuevos diagnósticos según mecanismo de transmisión y probable periodo de exposición



Aquellos nuevos diagnósticos en los que la infección por el VIH se atribuye a relaciones sexuales no protegidas que conocían que su pareja estaba infectada tenían una mayor proporción de casos con PPE conocido (78,5% frente a 70,3%), así como los que habían tenido relaciones con un contacto esporádico (73,9% frente a 66,8%).

Se calculó la distancia en meses desde la posible seroconversión al VIH hasta el diagnóstico. El 78% de los casos seroconvirtieron en los 24 meses antes del diagnóstico (Figura 5).

Figura 5. Distribución de la distancia en meses desde la posible seroconversión al VIH hasta la fecha de diagnóstico



CONCLUSIONES

- Durante el periodo de estudio, la mayoría de los nuevos diagnósticos de VIH fueron hombres, entre 25 y 44 años, de procedencia española y con estudios secundarios o superiores.
- La mayor parte de las infecciones VIH diagnosticadas en el periodo se atribuyen a relaciones sexuales de riesgo, especialmente entre hombres. Las relaciones homosexuales no protegidas fueron más frecuentes en españoles y las relaciones heterosexuales en personas de otros países de origen.
- En los casos con transmisión debida a relaciones sexuales sin protección, las situaciones más frecuentes fueron las relaciones con contactos esporádicos entre los hombres homosexuales y las relaciones con la pareja estable en las personas con exposiciones heterosexuales.
- Más de la cuarta parte de los nuevos diagnósticos de VIH presentaron simultáneamente otra ITS. El 40,3% de los casos habían padecido una ITS en el pasado.
- El 12,3% de los nuevos diagnósticos de VIH tenían anticuerpos anti-VHC, siendo esta situación más frecuente en los españoles y en los usuarios de drogas intravenosas.
- En el 88,9% de los pacientes de los que se dispuso de información sobre el nivel de CD4 al diagnóstico, éste era superior a 200 cels/ml.
- El 63,9% de los nuevos diagnósticos habían tenido un test negativo previo y se pudo estimar el periodo probable de exposición (PPE) en el 71,4% de los casos. El porcentaje de pacientes con PPE conocido fue superior en los hombres, en los españoles, en los pacientes con mayor nivel de estudios y entre aquellos que atribuían la transmisión a relaciones sexuales entre hombres o usuarios de drogas.
- Más del 50% de los diagnósticos se han realizado en los 12 meses siguientes a la fecha probable de infección, lo que señala la importancia de los centros participantes en el estudio en el diagnóstico precoz de la infección por VIH

GRUPO EPI-VIH

Centro de ETS de Sevilla

Isabel Pueyo Rodríguez
María Antonia Mendo Gastalver
Milagros Rubio Narváez

Centro de ETS de Granada

José Manuel Ureña Escribano
Juan Bautista Egea Martínez
Carmen Gracia Sánchez-Román
Esperanza Castro López
Ana María Calzas Urrutia
Manuel Lorente

Unidad de ETS de Gijón

José Antonio Varela Uría
Carmen López Sánchez

Unidad de ETS, Hospital Monte Naranco, Oviedo

M^a Luisa Junquera Llana
Mar Cuesta Rodríguez

Centro Dermatológico de Tenerife

Eduardo García-Ramos Alonso
Carlos de Armas González
Jesús Rodríguez-Franco Castro
M^a Adelaida Gutiérrez León
Lourdes Capote Pestano
Luis Haro
Domingo Núñez Gallo

Plan de Sida de Cantabria. COF "La Cagiga". Santander

Teresa Pelayo Cortines
Dolores Valencia Ulloa
Carmen Fernández-Oruña
C.O.F. "La Cagiga":
M^a Concepción Fernández Patallo
María de Vierna Pita
Ana Estébanez Ortega
Domingo Álvarez González
Francisco del Río Cayón

Unidad de ITS, CAP Drassanes. Barcelona

Martí Vall Mayans
Encarnación Arellano Muñoz
Pilar Saladié Martí
Benicio Sanz Colomo
M^a José Villena
Pere Armengol Egea
M. José Alcalde Calatayud
Eva Loureiro
Mirjana Saranvaya

CIPS de Alicante

Josefina Belda Ibáñez
Elisa Fernández García
Rosario Martínez Quintero
Trinidad Zafra Espinosa
Cristina Muñoz Ortiz

CIPS de Valencia

J. Ignacio Alastrué Loscos
Concha Santos Rubio
Teresa Tasa Zapater
Amparo Juan Corrons

CIPS de Castellón

Josep Trullén Gas
Angelina Fenosa Salillas
Carmen Altava Padilla
Alicia Polo Esteve

Centro Sanitario Sandoval, Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid

Jorge del Romero Guerrero
Carmen Rodríguez Martín.
Juan Ballesteros Martín
Petunia Clavo Escribano
Soledad García Pérez
Sonsoles del Corral del Campo
M^a Ángeles Neila Paredes
Natividad Jerez Zamora

Programa de Prevención del SIDA y ETS, Ayto de Madrid:

Francisco Javier Bru Gorraiz
Concepción Colomo Gómez
Raquel Martín Pozas
Silvia Marinero Escudero

Unidad de Prevención y Educación Sanitaria sobre SIDA de Murcia

José Joaquín Gutiérrez García
Josefa Ballester Blasco
Francisco Pérez Riquelme
Juan Ramón Ordoñana Martín

Unidad ETS-SIDA. Centro de Salud Área II. Cartagena

Jordi Balaguer

COFES-Pamplona

Hortensia Yagüe Moreno
Pablo Sánchez Valverde
Ana Gaztambide Rubio
Isabel Huarte Salas
Elisa Sesma Sánchez
M^a Cruz Landa
Juncal Benito Calavia

Centro ETS Vitoria. Comarca Araba- Osakidetza

Marian Azpíri
Jesús Ortueta

Plan del SIDA del País Vasco. San Sebastián

Josune Andonegui Yurrita
Xabier Camino Ortiz de Barrón

Servicio de ETS-Enfermedades Infecciosas, Hospital de Basurto. Bilbao

M^a del Mar Cámara Pérez
Josefina López de Munain López
Gurendane Larrañaga Atutxa
M^a José Oiarzabal Uriarte

Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud, La Rioja.

M^a Eugenia Lezaun Larrumbe
Luis Metola Sacristán
Carmen Quiñones Rubio
Enrique Ramalle Gómara
Milagros Perucha González
Valvanera Ibarra Cucalón
José Antonio Oteo Revuelta

Universidad de Albacete

M^a José Belza Egozcue

Instituto de Salud Pública de Navarra

Jesús Castilla

Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) y Secretaría del Plan Nacional sobre Sida

Mercedes Díez
Asunción Díaz