

30 de noviembre, tarde

Mesa 6

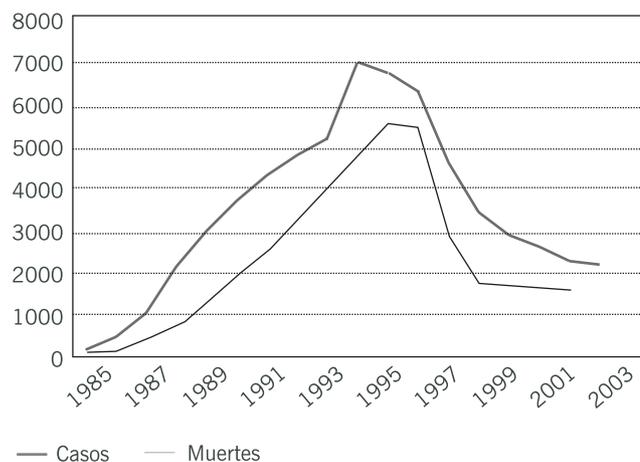
Moderadores: **Dr. Rafael Blanquer**
Dr. José M^a García

Situación de la epidemia VIH/SIDA en España

Isabel Noguera. *Plan Nacional de Sida*

La epidemia de VIH y sida en España ha seguido un curso muy favorable en la segunda mitad de los 90, con descensos importantes en las nuevas infecciones y caídas pronunciadas en la incidencia de sida y de fallecimientos. Sin embargo, siguen produciendo nuevas infecciones, el número de personas vivas infectadas y potencialmente transmisoras del virus es elevado y en los últimos años se han registrado cambios en las principales vías de transmisión y en el perfil de las personas afectadas. En conjunto, estos acontecimientos sitúan al control de la epidemia ante nuevos retos.

Figura 1. Evolución de la incidencia de sida y de la mortalidad en España. Casos de sida corregidos por retraso en la notificación. Actualización a 30 de junio de 2004



Fuente: Registro Nacional de casos de Sida (CNE) / INE

La introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad a finales de 1996 tuvo un impacto muy importante en la incidencia de sida y la mortalidad. Tan sólo entre 1996 y 1997 los nuevos diagnósticos de sida disminuyeron un 27% y la mortalidad un 47%. Tras estos importantes descensos y otros progresivamente menores más adelante, la evolución comienza a mostrar signos de estabilización, que afectan principalmente al número de personas que desarrollan sida y al de fallecimientos por causas relacionadas con el VIH (Figura 1).

El número de personas que viven con el VIH en España se sitúa entre 110 y 150.000, alrededor de 3 por 1000 habitantes. En grupos de población con conductas de riesgo las proporciones de infectados son mucho mayores. Así, en un estudio anónimo en pacientes que consultaron por sospecha de infecciones de transmisión sexual en distintas comunidades autónomas en 2000-2002, la seroprevalencia encontrada en usuarios de drogas inyectadas (UDI) fue del 34%, en hombres con prácticas homosexuales del 11%, en personas que son pareja heterosexual de un VIH positivo del 10%, y en mujeres que ejercen la prostitución del 0,6%. Otra población monitorizada de forma específica son las madres de recién nacidos de diferentes comunidades autónomas. Las prevalencias de VIH encontradas en 2003 oscilaron entre 1 y 2.3 por mil, con un patrón desigual entre comunidades autónomas¹.

A pesar de la evolución favorable, España continúa registrando una de las mayores incidencias de nuevos diagnósticos de VIH, produciéndose nuevas infecciones que afectan a personas con características diferentes de las que ya llevan años viviendo con la infección. En un principio, la epidemia se concentró en poblaciones con prácticas de riesgo relativamente identificables, fundamentalmente usuarios de drogas intravenosas y su entorno. Sin embargo, el fuerte impacto del VIH entre ellos y el importante descenso en la prevalencia de usuarios activos de drogas inyectadas, ha hecho que la epidemia de VIH concentre su mayor potencial de expansión en la vía sexual, en sectores más amplios de la población y clínicamente menos diferenciados. Este nuevo panorama de transmisión, unido al hecho de que la infección por VIH requiere un diagnóstico de laboratorio, configura un nuevo perfil de las personas infectadas en

España : Aquellas que aún no fueron diagnosticadas de VIH, las que viven con el VIH en cualquiera de sus estadios y las que actualmente se están infectando o diagnosticando de VIH. La dimensión y el perfil de estos grupos constituyen un punto de partida para el establecimiento de nuevas estrategias destinadas al control de la epidemia.

Perfil de las personas infectadas por VIH en España²

En conjunto, las personas que viven con el VIH se componen de una elevada proporción de UDI o ex-UDI (50-60%), seguido de hombres con prácticas homosexuales de riesgo (15-25%) y personas con riesgo heterosexual (20-30%). Dos tercios son hombres y menos del 1% menores de 13 años. En conjunto, entre el 20 y el 25% de estas personas ya habrían desarrollado sida. Se estima que en torno al 75% de las personas infectadas por VIH ya fueron diagnosticadas y la mayoría de ellas permanecen en contacto con el Sistema Nacional de Salud para el seguimiento y tratamiento de su infección VIH y condiciones asociadas.

Por el contrario, un 25% de las personas vivas e infectadas por VIH desconocen su estatus y muchas no llegan a saberlo hasta alcanzar estadios avanzados de inmunodeficiencia o hasta ser diagnosticadas de sida. Es difícil identificar el perfil y la evolución de estas personas más que a través de intervenciones que aumenten la frecuentación del test del VIH y la notificación de nuevos diagnósticos, sin embargo, entre los casos de sida recientemente diagnosticados, una proporción que en 2003 asciende al 38% recibieron simultáneamente el diagnóstico de VIH y el de sida. Esta proporción supera el 50% entre aquellos que contrajeron el VIH por relaciones sexuales no protegidas. Este grupo no pudo beneficiarse a tiempo de los efectos del tratamiento antirretroviral en términos de calidad de vida, de retraso en la aparición de sida y probablemente de reducción de las tasas de mortalidad.

Las personas infectadas en contacto con el sistema sanitario, se caracterizan por un envejecimiento progresivo, una frecuencia creciente de originarios de otros países y de la proporción de personas infectadas por vía sexual. La mayor parte se infectaron por VIH hace muchos años. Su situación clínica mejoró mucho coincidiendo con la extensión de los tratamientos antirretrovirales, un indicador indirecto de ello es la alta frecuentación hospitalaria de pacientes ambulatorios, frente a la hospitalización de años precedentes. En los últimos años las pautas de inicio del tratamiento antirretroviral se han hecho más conservadoras y en 2003 un 72% de las personas infectadas en contacto con el SNS estaría recibiendo tratamiento. Sin embargo, en los últimos años todo apunta hacia una estabilización de las condiciones clínicas. Otro hecho destacable entre los adultos en contacto con el SNS es la amplia proporción de personas infectadas con prácticas sexuales de riesgo.

Incidencia de sida: En 2003 se diagnosticaron en España 2.190 casos de sida, que en comparación con los 2.311 estimados en 2002, suponen un 5,2% de descenso. Por sexos, se observó un descenso del 4,2% en hombres y del 9% en mujeres. Se identificó

un ligero aumento en el número de casos entre hombres homo/bisexuales (8,2%).

En torno a la mitad de las personas que han desarrollado sida en 2003 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas (49%), lo que afectó al 50,5% de los hombres y al 43% de las mujeres. Los casos que contraídos por relaciones heterosexuales no protegidas ascendieron al 27,9%, con especial relevancia en las mujeres, donde representan el 50,2%. La tercera vía de transmisión más frecuente fue el sexo no protegido entre hombres, que supone el 15,1% de todos los casos y el 18,9% de los que afectan a hombres. Las personas originarias de otros países supusieron un 12,9 % de los casos notificados en 2003, con una tendencia ascendente en los últimos años. La mayor parte de ellos (80%) procedentes de África y Latinoamérica.

La tuberculosis sigue siendo la enfermedad diagnóstica de sida más frecuente. En conjunto, la incidencia de sida en España es aún muy elevada, lo que nos sitúa entre los países europeos más afectados³.

Perfil y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección VIH

La cobertura de los sistemas de notificación de casos de infección por VIH es aún escasa en España, a pesar de constituir la principal fuente de información con base poblacional para estimar la progresión de la epidemia en el conjunto del Estado. Las fuentes de información actualmente disponibles señalan desde principios de los 90 un progresivo retroceso en las nuevas infecciones por VIH, lo que refleja el impacto positivo de las intervenciones de prevención entre otros factores. La incidencia de nuevos diagnósticos de VIH ha disminuido más de un 70% en los últimos 10 años. A pesar de ello, la tasa media de nuevos diagnósticos de VIH anuales se estima entre 75 y 95 casos por millón de habitantes en 2003, cifra todavía alta en relación a otros países de Europa occidental.

El descenso ha sido mucho más acusado en las infecciones transmitidas por uso compartido de material de para la inyección de drogas, que en las debidas a transmisión sexual, de forma que en 2001 más de dos tercios de los nuevos diagnósticos de VIH se debieron a transmisión sexual.

Al igual que se ha descrito en otros países de Europa occidental, en España está adquiriendo importancia creciente el diagnóstico de VIH en personas originarias de otros países. En 2001 estos diagnósticos supusieron más del 20% de todos los nuevos diagnósticos de infección y en adelante es previsible que esta proporción aumente. Así por ejemplo, en la corona metropolitana de Madrid se estimaba en ese mismo año que más de un tercio de los nuevos diagnósticos de infección recayeron en personas originarias de otros países.

Conclusión

- El riesgo de infección por VIH en la población persiste a través de los mecanismos de transmisión conocidos, por lo que es

necesario seguir promoviendo conductas saludables para evitar nuevos repuntes en la epidemia.

- Una proporción importante de la población infectada por VIH y en contacto con el SNS mantiene prácticas sexuales de riesgo, lo que unido a su condición de reservorio del virus, la convierte en una de las poblaciones prioritarias para la prevención.
- La existencia de una proporción considerable de personas infectadas por el VIH no diagnosticadas tiene varias implicaciones sobre el curso de la epidemia. Pueden tener un papel relevante en la transmisión actual del VIH, y además no se benefician de los tratamientos antirretrovirales. Por tanto, es necesario potenciar el diagnóstico precoz del VIH en todas las personas con prácticas de riesgo, y en particular en toda mujer embarazada.
- La proporción creciente de diagnósticos de VIH en personas originarias de otros países hace necesario intensificar las acciones preventivas culturalmente adaptadas y las medidas para facilitar el acceso al diagnóstico precoz y al tratamiento.
- Es preciso extender los sistemas de notificación de nuevos diagnósticos con la finalidad de guiar las intervenciones para el control de la epidemia.

Bibliografía

1. Grupo para el estudio anónimo y no relacionado de la seroprevalencia en centros de ETS. <http://cne.isciii.es/sida/vih.htm>
2. VIH y Sida en España. *Situación Epidemiológica* 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
3. HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-Year report 2003. *European Centre for The Epidemiological Monitoring of AIDS*, 2004. http://www.eurohiv.org/reports/report_69/pdf/rapport_eurohiv_69.pdf

Estrategias de consenso en problemas de salud pública

Jaume Estany. *Corporació Sanitaria de Barcelona*

¿Qué entendemos por salud pública?

- Sanidad pública *versus* comunidad de proveedores de la red pública, independientemente de la titularidad.
- La salud pública como elemento mediático, problemático, el "incidente" como expresión de su importancia.
- El día a día no es espectacular pero es la garantía de la seguridad al sistema.
- "Angustias distintas" según el responsable: lo que es normal para el hospital, es incidente para la agencia de salud pública sujeto a intermediación; para un gestor es un tema de preocupación y político si sale en la prensa.

Diversidad de tradiciones y culturas entorno al concepto de salud pública en cada organización y nivel asistencial atención primaria

- Tradición histórica de los sanitarios locales (APD).
- Diversidad de fórmulas de implantación en el nuevo modelo de atención primaria.
- La declaración de enfermedades de declaración obligatoria: entre el hecho asistencial y las mecánicas del sistema burocrático de declaración (papel y circuitos).

Hospitales

- Desarrollo desigual de los servicios de Medicina Preventiva.
- Puede mejorarse su relación con el entorno territorial.
- Compromiso de la dirección vinculada a problemáticas con impacto mediático.

Sociosanitario

- Escaso desarrollo de políticas.

Corporaciones legales

- Tradición de responsabilidad compartida con escasos recursos.
- Estrategias de colaboración con niveles autonómicos.

Agencias de salud pública

- Nuevas fórmulas de organización para el abordaje de los problemas.
- Problemática con su relación con la red de servicios asistenciales.

Concepto de "autoridad/inspección" versus responsabilidad de los trabajadores

- Una misma realidad con distintas responsabilidades.
- Quien es responsable? "la salud pública es mía" o "el problema es de todos".
- Nos ayudamos sin esconder lo esencial?

Concepto de red virtual de salud pública

- Hacia una organización en redes.
- Nucleo duro y trama difusa.
- Todas las personas son importante, hacia un liderazgo compartido.
- Los órganos de gobierno, de dirección y los profesionales.
- Los objetivos deben ser consensuados en los órganos de gobierno.
- Los profesionales actúan por delegación de la dirección, pero con autonomía.

Principales líneas de coordinación y cooperación en salud pública

- Enfermedades de declaración obligatoria.
- Prevención de infecciones nosocomiales.
- Sistema de alerta.
- Adicciones.

La corporación sanitaria de Barcelona como experiencia de "club" de entidades

- Descripción de la Corporación Sanitaria de Barcelona.
- Órganos de gobierno versus líneas profesionales.
- No hablamos de dinero.
- Planteamiento de problemas reales y soluciones operativas.
- Protagonismo de los profesionales.
- Transparencia como objetivo y como método.
- El Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris (BOTSS)
www.csbcn.org/botss: como instrumento de cooperación.