

# SITUACIÓN DEL SIDA Y DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN ESPAÑA

María José Belza, Julia del Amo y Francisco Parras  
Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

La infección por el VIH representa uno de los problemas de Salud Pública de mayor gravedad que ha tenido que afrontar nuestro país en los últimos años y cuyo coste humano, social y económico la ha convertido en uno de los retos sanitarios más importantes para la sociedad española. Aunque en los cuatro últimos años los avances terapéuticos han reducido dramáticamente el desarrollo y mortalidad del sida, lamentablemente se siguen produciendo nuevas infecciones.

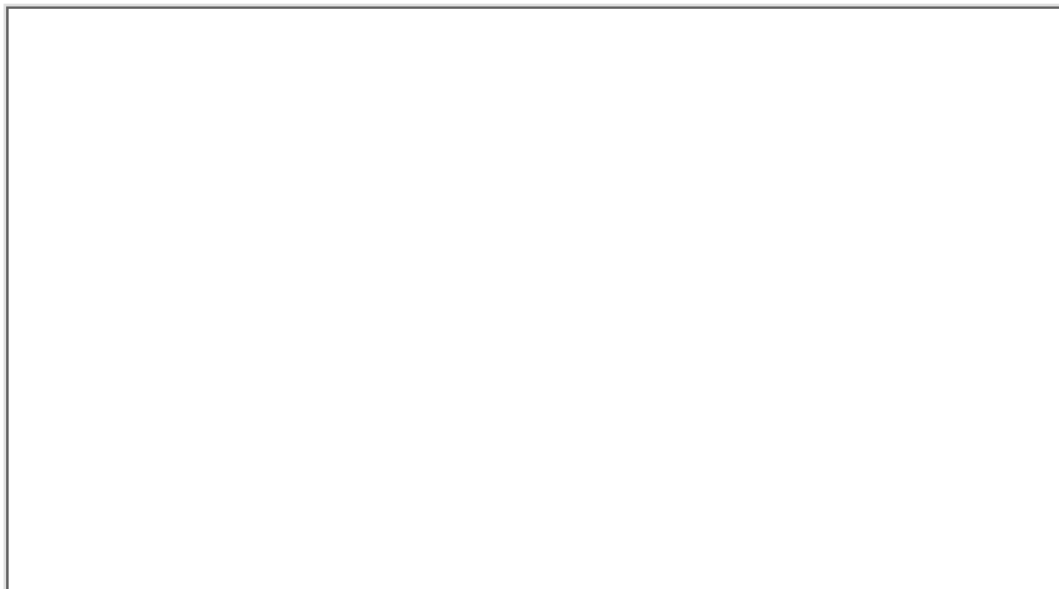
Si bien la situación actual refleja una mejora en la calidad y en la esperanza de vida en las personas sujetos afectadas, ésta debería verse desde un punto de vista de control de la epidemia y con el objetivo de dar respuesta a una serie de preguntas importantes. ¿Qué nos dicen las cifras de casos de sida con respecto al número total de infectados por el VIH del país? ¿Está aumentando el número de nuevas infecciones por el VIH? ¿Cómo están afectando los nuevos tratamientos antirretrovirales al número de casos de sida? Esta información sobre la carga asistencial de los pacientes seropositivos para el VIH en nuestra red sanitaria nos va a ayudar en la planificación de los recursos sanitarios. También nos va a indicar si las estrategias de prevención que se pusieron en marcha hace años han sido efectivas en los grupos para los que fueron diseñadas, y si tenemos que cambiar la dirección de las campañas de prevención hacia otros colectivos.

La información que mejor ha definido la dimensión de la epidemia en España procede del *Registro nacional de casos de sida* complementada por estudios de seroprevalencia seriada en poblaciones centinela. Sin embargo, debido a que los nuevos tratamientos reducen de forma muy importante la progresión al sida, la utilidad del *Registro de casos de sida* no refleja la tendencia de la infección por el VIH, por lo que es importante mantener sistemas de información paralelos que nos permitan monitorizar la epidemia del VIH en nuestro medio hasta la puesta en marcha de un *Registro de infectados*.

## SITUACIÓN DE LOS CASOS DE SIDA EN ESPAÑA DESDE 1981 A 2000

El *Registro nacional de casos de sida* se establece en España en 1983 tras la aparición de los primeros casos y ha representado la fuente de monitorización de la infección más sólida del país hasta los últimos años, por tratarse de un registro bien establecido cuya sub-notificación, del 10%, es similar a la de otros países europeos.

Hasta el 30 de junio de 2000 se habían notificado al *Registro Nacional de Sida* un total de 58.091 casos contabilizados desde el comienzo de la epidemia. España tenía hasta 1997 la mayor tasa de incidencia de sida de todos los países europeos (11,7 casos por 100.000 habitantes) pero, desde 1998, ha pasado a ocupar el segundo lugar después de Portugal. En España, la mayor incidencia de nuevos casos de sida se alcanzó en 1994 (Figura 1) y desde entonces no ha dejado de disminuir, produciéndose una caída superior al 60% en los cinco años siguientes. A partir de 1999, el ritmo de descenso se ha ido suavizando, lo que podría indicar que se está llegando a una estabilización de la incidencia de sida en 2500 casos nuevos anuales. La evolución favorable de los nuevos diagnósticos de sida en España refleja los avances en la lucha contra el sida, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria, pero es fundamentalmente atribuible a la introducción de los tratamientos antirretrovirales de alta actividad que retrasan las manifestaciones de sida y disminuyen su letalidad. Los datos de la *Encuesta hospitalaria sobre la utilización de recursos y características de los pacientes con VIH/SIDA* muestran como, en 1995, un 21% de los pacientes seropositivos atendidos en los servicios hospitalarios del Sistema Nacional de Salud recibía un tratamiento antirretroviral doble y 1,7% triple, que en 1996 estas cifras eran del 58% y del 26%, respectivamente, en 1997 del 21% y del 76,5%, y en 1998 del 13% y del 77%, lo que reflejaría que ya en 1996, el desarrollo de sida pudiese haberse retrasado como consecuencia del tratamiento antirretroviral combinado. En este análisis de la tendencia temporal hay que tener en cuenta el efecto del cambio de definición de caso de sida (que entró en vigor en España en 1994) y que produjo un aumento aparente (artefacto) del número de casos al incluir tres nuevas enfermedades, dos de las cuales, la tuberculosis pulmonar y las neumonías bacterianas de repetición, además de ser muy frecuentes, tienden a presentarse en estadios más tempranos de la enfermedad.



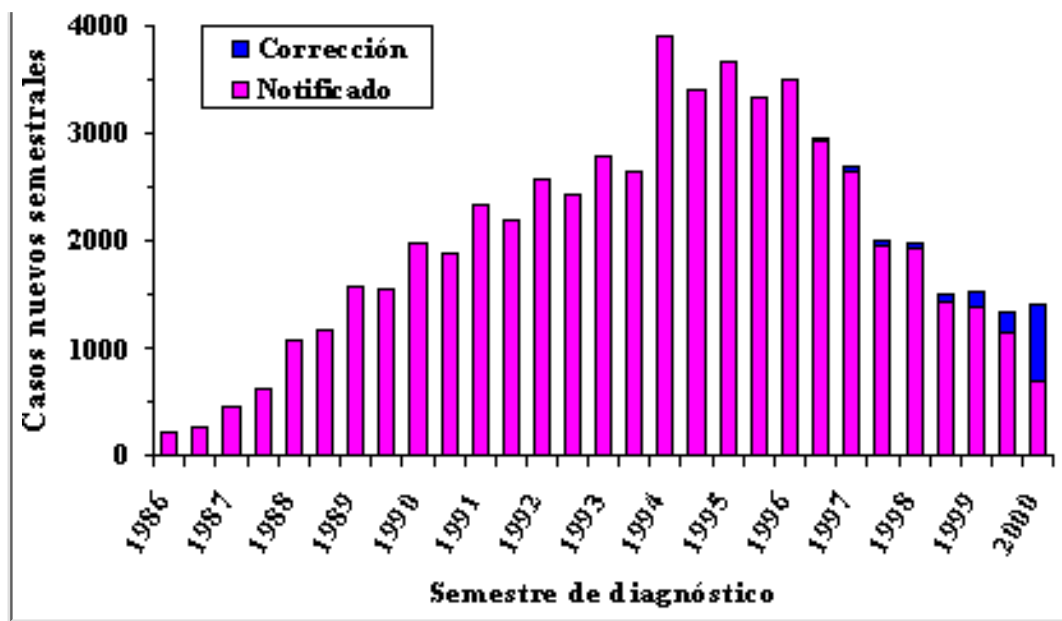


Figura 1. Incidencia del sida en España por semestres

### Distribución geográfica

Aunque se han diagnosticado casos de sida en todas las Comunidades Autónomas españolas, Baleares y de Madrid son las más afectadas, con tasas superiores a los 100 casos nuevos anuales por millón de habitantes durante 1999. Estas cifras son ciertamente mucho más altas que las observadas en Extremadura y Ceuta, con tasas de 23,1 y 27,4 casos nuevos por millón de habitantes, respectivamente, atribuyéndose estas diferencias a los distintos estilos de vida en las diferentes zonas del país. En todas las Comunidades Autónomas se ha observado el descenso en la incidencia de sida en los últimos años.

### Distribución por categorías de transmisión

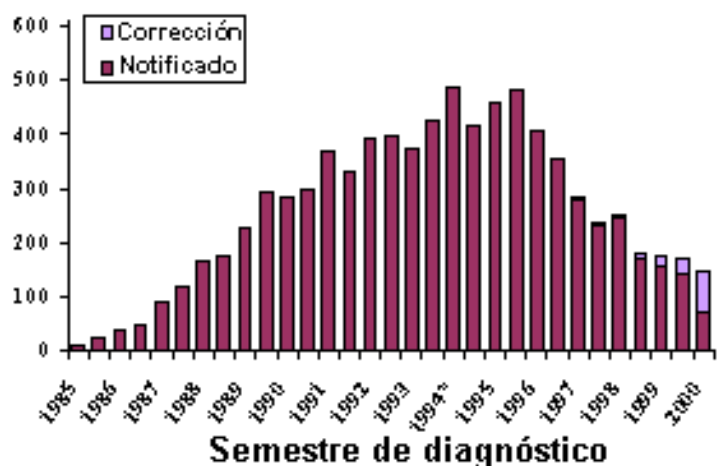
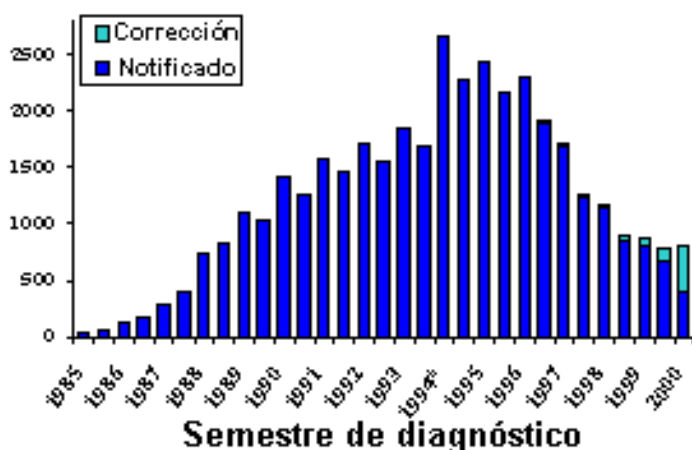
A partir de 1997 la disminución de los casos de sida se hace más evidente, con un 27% menos de casos con respecto a 1996. Los casos estimados en 1998 supusieron un 24% menos respecto a 1997 y un 59% menos con respecto al mismo periodo de 1995, siendo los tratamientos antirretrovirales los principales responsables de esta disminución. En 1997, el descenso del número de casos de sida afecta por primera vez a todas las categorías de transmisión, con descensos del 30% en los adictos a drogas por vía parenteral (UDVP) y varones homosexuales, del 34% en los receptores de hemoderivados, del 20% en los heterosexuales y del 19% en la transmisión madre-hijo con respecto al año anterior.

La categoría de transmisión más frecuente del total de 58.091 casos acumulados de sida a 30 de junio de 2000 es la de UDVP o ex-UDVP con 38.007 casos de sida en este colectivo, un 65% del total. El segundo grupo en importancia numérica lo constituyen los varones homosexuales con 7989 casos (14%), seguido de la población heterosexual con 7342 (12,6%; 4378 hombres y 2964 mujeres). Los casos contraídos por transmisión vertical suman 837 casos, un 1,4% del total. Aunque la incidencia de sida pediátrico en España es también la más elevada de la Comunidad Europea, ésta ha disminuido de forma muy importante a partir de 1995 debido, en su mayor parte, a los avances en el tratamiento de las mujeres embarazadas. La categoría de transmisión madre-hijo ha sido la que ha experimentado una mayor reducción, disminuyendo en un 80% entre 1995 y 1998, habiéndose declarado sólo 13 casos en 1999 y tres en el primer semestre de 2000.

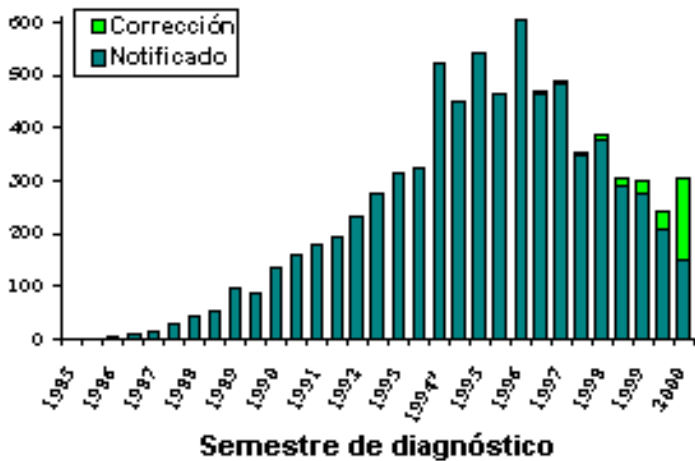
La evolución de los casos de sida en las diferentes categorías de transmisión no ha sido la misma, tal y como se observa en la Figura 2, donde se aprecia un aumento en el grupo de heterosexuales hasta 1997, mientras que en el resto de las categorías se había observado una disminución de casos dos años antes. Este aumento de heterosexuales con sida afecta fundamentalmente a las mujeres y, en concreto, a las parejas heterosexuales de los UDVP o ex-UDVP.

### Usuarios de drogas inyectadas

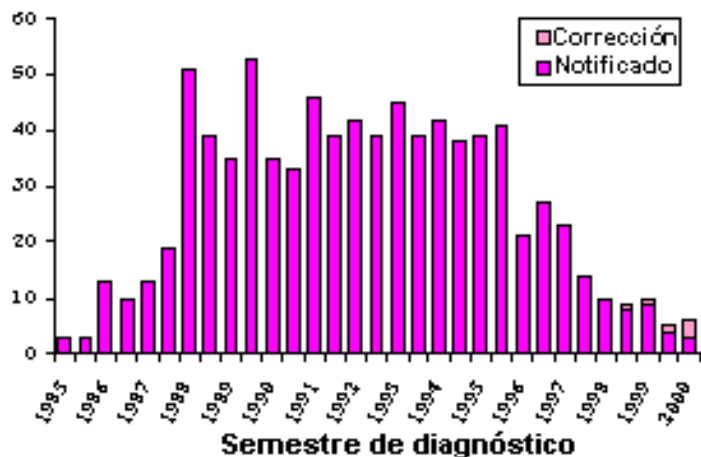
### Hombres con prácticas homosexuales



## Transmisión heterosexual



## Transmisión madre-hijo



## ESTIMACIONES DE LA MAGNITUD DE LA EPIDEMIA POR EL VIH EN ESPAÑA

La magnitud de la epidemia por el VIH en España se ha estimado fundamentalmente por indicadores indirectos, al no existir en nuestro país un sistema de notificación nacional de las personas seropositivas para el VIH. Únicamente las comunidades autónomas de Asturias, Navarra y La Rioja cuentan con un sistema de notificación de nuevos diagnósticos de infección por el VIH desde principios de la epidemia. Las nuevas infecciones descendieron un 60% entre 1991 y 1998. Esta tendencia, que se confirma en las tres comunidades, podría indicar que se trata de un fenómeno que también se está produciendo en otros lugares de España. Las estimaciones disponibles sobre la magnitud de la infección que se presentan en este artículo están basadas en las fuentes de información descritas en la tabla 1 y se discuten con más detalle a continuación.

**Tabla 1 - Fuentes de información sobre la situación epidemiológica de la infección por el VIH en España.**

- Modelos de estimación a partir de los datos del *Registro nacional de sida*.
- Nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y La Rioja.
- Estudios de prevalencia del VIH en poblaciones centinela en varias Comunidades Autónomas.
- Estudios puntuales.
- Estudios seriados: valoración de tendencias.
- Estudios de incidencia en poblaciones centinela en varias Comunidades Autónomas.
- UDI CIPS, Comunidad Valenciana 1988-96.
- UDI CAPS, Barcelona 1992-
- Prostitutas CIPS, Alicante 1986-96.
- Prostitutas Centro Sandoval, Madrid 1986-97

### Retroproyecciones basadas en los casos de sida

Existen análisis que permiten estimar el número de las infecciones por el VIH a partir de los casos de sida. Estas estimaciones se podían realizar con cierta exactitud en el período anterior al tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGE), cuando se disponía de estimaciones precisas del período de incubación del sida y de la supervivencia de las personas infectadas, y se podía simular el comportamiento de la epidemia reconstruyéndola retrospectivamente. Hay que resaltar que no se puede asumir una relación constante entre el número de personas infectadas por el VIH y los casos de sida, ya que esto depende de las características de los pacientes con sida (edad, sexo, categoría de transmisión, etc.), y que esta situación cambia en el tiempo. Hasta 1990, se estima que había alrededor de 120.000 personas infectadas por el VIH en España, pudiendo oscilar esta cifra entre 105.000 y 135.000 personas, lo que supondría una prevalencia de 3 personas infectadas por el VIH por cada 1000 habitantes. Esta estimación se corresponde con los resultados obtenidos en un estudio seroepidemiológico realizado en 1996 con representación nacional (excepto Cataluña). La prevalencia de la infección por el VIH fue de 4,3 por mil en la población de 15 a 39 años, lo que se correspondería con un número de infectados entre 110.000 y 140.000 personas.

### Estudios de prevalencia del VIH en poblaciones centinela en varias Comunidades Autónomas

La falta de un sistema nacional de información sobre infecciones por el VIH nos impide conocer el número y las características de las personas infectadas, su distribución geográfica y su evolución en el tiempo. Como aproximación metodológica para la vigilancia de la infección, la estrategia recomendada por la OMS se basa en las encuestas de seroprevalencia en poblaciones centinelas a través de las cuales podemos conocer la extensión y evolución de la infección por el VIH en diferentes grupos. Las poblaciones estudiadas en estas encuestas son personas con conductas de alto riesgo para la infección [UDVP, varones con prácticas homosexuales, personas que ejercen la prostitución, pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), etc.], o poblaciones con algunas ventajas operativas para su estudio (donantes de sangre, recién nacidos, embarazadas, personas hospitalizadas, etc.). Estos grupos se seleccionan con el fin de someterlos a estudios periódicos para medir la tendencia de la infección por el VIH.

En España la información de que disponemos sobre la seroprevalencia de la infección por el VIH en poblaciones con conductas de riesgo procede principalmente de encuestas realizadas por grupos de investigadores del país. La mayoría de los trabajos se han basado en personas captadas en centros sanitarios y también se han hecho algunos estudios en personas reclutadas en la calle o en locales. Las diferencias en cuanto al diseño y los lugares de reclutamiento hacen que los resultados de los distintos estudios no siempre sean comparables. Hasta ahora han sido estas encuestas las que han cubierto las necesidades de información epidemiológica de la infección en poblaciones con diferente riesgo para contraerla. A continuación se presenta una breve revisión de los principales estudios de seroprevalencia del VIH realizados en España.

Desde el inicio de la epidemia, la mayoría de los estudios de vigilancia de la prevalencia de la infección por el VIH se centraron en los UDVP, grupo en el que el VIH irrumpió y se extendió con rapidez durante los años ochenta debido, en parte, a la elevada frecuencia del uso compartido del material de inyección. En una encuesta nacional en UDVP, realizada en 1989, se encontraron tasas de infección por el VIH cercanas al 40% para el conjunto del país, cifra inferior a las aportadas por otros estudios realizados en Madrid, Barcelona y en la Comunidad Valenciana, con tasas próximas o superiores al 50% a finales de los años 80 y principios de los 90. Estos datos demuestran que, desde muy pronto, la inyección de drogas se convirtió en el principal factor de riesgo para el VIH en España. En los estudios seriados de prevalencia del VIH basados en UDVP que acudían por primera vez a diferentes centros asistenciales se observa una lenta pero progresiva disminución de la prevalencia del VIH en este colectivo. Estos datos seriados no describen la seroprevalencia de la infección por el VIH, porque están basados en personas que acudían por primera vez a los diferentes centros y están menos representadas aquéllas que han sido diagnosticadas con anterioridad. Desde el punto de vista epidemiológico, estas series están reflejando una disminución de la incidencia de nuevas infecciones en las personas que se inyectan drogas por vía parenteral. Una nueva encuesta nacional en UDVP en el año 1996 constató este descenso de la seroprevalencia del VIH hasta el 32%. Además de estos datos, se sabe que en España se está produciendo un cambio en el patrón de consumo de drogas tendente a utilizar vías distintas de la inyectada. Esta disminución de la vía parenteral puede estar condicionando la evolución de la epidemia.

En nuestro medio son muy escasos los estudios sobre prevalencia de la infección por el VIH y prácticas de riesgo en hombres homosexuales y bisexuales. Los primeros estudios de seroprevalencia del VIH en este colectivo reflejaron tasas superiores al 20% durante la segunda mitad de los años 80. Estudios posteriores han detectado una inflexión de esta tendencia. En un centro de diagnóstico del VIH de Madrid se alcanzó la frecuencia máxima en este grupo en 1990, con un 29,6%, disminuyendo hasta el 12,3% en 1998. En un estudio centrado en hombres que frecuentaban el ambiente homosexual de Barcelona la prevalencia autoinformada disminuyó desde un 20,5% en 1993, a un 16,6% en 1998. En esta ciudad también se observó un descenso de la infección entre los hombres homosexuales atendidos en un centro de ETS, (10% en 1994 y 7% en 1999). En un estudio basado en personas que acudieron voluntariamente a realizarse la prueba del VIH en centros y consultas de VIH y ETS de España, también se observó un descenso en la seroprevalencia en los varones homosexuales (7,4% en 1995 y 5,1% en 1997) ( $p < 0,05$ ). La prevalencia observada en las personas que acuden a un centro de ETS/VIH reflejaría la tendencia de los nuevos diagnósticos, que estarían disminuyendo en los hombres con prácticas homosexuales. Con objeto de obtener estimaciones no sesgadas de la seroprevalencia, en 1998 se realizó un estudio anónimo no relacionado en pacientes atendidos por sospecha clínica o epidemiológica de una ETS en seis centros españoles, obteniéndose una prevalencia en este grupo del 16,7%. A la vista de todos estos datos, podemos concluir que están disminuyendo los diagnósticos de las nuevas infecciones en los varones con prácticas homosexuales, aunque la seroprevalencia se haya mantenido sin grandes variaciones. Este aspecto no tiene, en este caso, un significado negativo, ya que nos está indicando un retraso del diagnóstico de sida, así como una mayor supervivencia de estos enfermos desde la introducción de los nuevos tratamientos antirretrovirales.

En España los estudios de VIH y prostitución realizados hasta el momento se han centrado en las mujeres captadas a través de la red asistencial. Estos estudios han puesto de manifiesto en nuestro medio lo ya descrito a escala internacional, esto es, que se mantiene baja la frecuencia de la infección por el VIH en las mujeres que ejercen la prostitución y no son UDVP, entre un 0,9% y un 3,7%, y que las mayores prevalencias se asocian a conductas inyectoras de riesgo y a prácticas sexuales no protegidas con parejas de riesgo (>50%). Los escasos estudios de evolución de la prevalencia del VIH revelan una disminución de nuevos diagnósticos de infección en las mujeres que acuden a las consultas de ETS y de VIH. A pesar del mayor riesgo de las prácticas sexuales anales, son escasos los trabajos sobre hombres que ejercen la prostitución y especialmente sobre travestidos y transexuales masculinos. Se han descrito en ellos prevalencias de infección por el VIH superiores a las de las mujeres, atribuyéndose este elevado riesgo de infección a una mayor frecuencia de prácticas sexuales anales no protegidas y a un consumo más frecuente de drogas por vía intravenosa.

En todas las donaciones de sangre se realiza sistemáticamente la prueba del VIH, por lo que podemos disponer de estos datos para todo el país. Previamente a la extracción se realiza una autoexclusión de las personas con exposiciones de riesgo para el VIH, por lo que los seropositivos que se detectan son aquellos que no se consideran expuestos a ese riesgo. Así, la seroprevalencia en las donaciones puede estimar el nivel mínimo de infecciones por el VIH en España. Según los datos proporcionados por el Plan Nacional de Hemoterapia, en 1991, la seroprevalencia se situaba en 18 por 100.000 donaciones, descendió a la mitad en 1996 (9,6 por 100.000 donaciones), y esta tendencia, que se confirma en 1999 con una prevalencia de 4,9 por 100.000 donaciones, refleja una progresiva reducción de las infecciones en este grupo de población.

Otra de las poblaciones centinelas que se utiliza para vigilar la epidemia del VIH en la población heterosexual es la constituida por las mujeres embarazadas que dan a luz un nacido vivo. La seroprevalencia del VIH obtenida a partir de las encuestas serológicas anónimas y no relacionadas realizadas en muestras de suero sobrante recogidas para el programa de metabolopatías es un reflejo de la infección materna. En 1996 se puso en marcha un estudio anónimo y no relacionado en recién nacidos de siete Comunidades Autónomas y se monitorizó la seroprevalencia del VIH en el período 1996-99. La prevalencia global de los cuatro años fue de 1,31 por mil recién nacidos, cifra que es aplicable a las Comunidades participantes (Galicia, Murcia, Castilla la Mancha, Castilla y León, Canarias, Baleares y Melilla) pero no al conjunto del Estado. La seroprevalencia aumentó un 56% a lo largo del período 1996-98, con una tendencia significativamente creciente desde 0,99 por mil hasta 1,54 por mil ( $p = 0,0015$ ). Este incremento podría explicarse por un aumento de la incidencia de nuevas infecciones en estas mujeres o por una mayor predisposición de las mujeres seropositivas a quedarse embarazadas como consecuencia del aumento de su calidad de vida, atribuido a la efectividad de los nuevos tratamientos antirretrovirales. Sin embargo, las estimaciones obtenidas en Cataluña, con diferencias en el algoritmo serológico y en la selección de la muestra, son de 3,2 por mil en 1994, 3,1 por mil en 1995 y 2,2 en 1996, indicando un descenso en la comunidad catalana que se ha caracterizado por tener una de las cifras más altas de Europa.

Entre las parejas sexuales de UDVP que acudieron voluntariamente a realizarse voluntariamente la prueba del VIH, la proporción de personas seropositivas se ha incrementado anualmente desde un 3,4% en 1995, al 4,6% en 1996 y al 5,1% en 1997, aunque este aumento no ha sido estadísticamente significativo. Estos datos de pruebas voluntarias, que estimaría la evolución de los nuevos

diagnósticos, parecen indicar un incremento de la infección en las parejas sexuales de los UDVP, que en nuestro medio son mayoritariamente mujeres. Teniendo en cuenta las elevadas tasas de infección entre los que se inyectan drogas y la baja frecuencia de uso del preservativo documentada en diversos estudios, podría estar ocurriendo una diseminación secundaria de la infección a partir de los UDVP seropositivos. La información sobre prevalencia del VIH en la población heterosexual no permite todavía extraer conclusiones sobre la extensión y la evolución de la infección en este grupo. Esta limitación podría superarse con el establecimiento y la continuidad de una red de vigilancia epidemiológica del VIH con buena representatividad geográfica que permitiera observar la evolución temporal de la infección.

### Estudios de incidencia en poblaciones centinela en varias Comunidades Autónomas

Este tipo de estudios describe la incidencia de casos nuevos de infección por el VIH, ya que se parte de personas seronegativas que adquieren la infección. Además de la importancia derivada de la información que proporcionan, los estudios de incidencia ayudan a validar los datos de seroprevalencia seriada.

La cohorte de UDVP de los CIPS (Centros de Información y Prevención del SIDA) de la Comunidad Valenciana incluye a 7132 UDVP inicialmente seronegativos que fueron seguidos entre 1987 y 1996. La incidencia de nuevas infecciones de VIH a lo largo del período fue de 6,85 por 100 personas-año, pero es la tendencia de las nuevas infecciones la que nos indica que la mayor incidencia se alcanzó en 1991, con 9,8 por 100 personas-año, para luego disminuir gradualmente a 6,45 en 1993, 4,31 en 1994, 3,61 en 1995 y 1,88 en 1996. Estos datos sugieren que, en este colectivo de la Comunidad Valenciana, la epidemia alcanzó su pico aproximadamente en 1990 y ha ido disminuyendo progresivamente. En los Centros de Atención del SIDA de Barcelona (CAS), el seguimiento de 2632 UDVP seronegativos muestra una tasa de seroconversión de 5,54 por 100 personas-año en 1991, de 6,09 en 1992, 3,7 en 1993 y 3,11 en 1995, si bien la disminución no es estadísticamente significativa.

La incidencia de seroconversiones en el conjunto de varones homosexuales que acudieron en más de una ocasión a realizarse la prueba del VIH al Centro Sanitario Sandoval de la Comunidad de Madrid experimentó un descenso hasta 1995, mientras que en los últimos años se ha producido un aumento estadísticamente significativo, pasando de 0,7 por 100 personas-año en 1995 a 1,98 en 1999.

Existen dos trabajos con datos de incidencia en el colectivo de la prostitución, uno realizado en Alicante y otro en Madrid. Los datos del CIPS de Alicante recogen la incidencia de nuevas infecciones en un conjunto de 1388 mujeres de las que 657 se realizaron al menos una segunda prueba del VIH durante los años 1986 a 1996. De estas mujeres, 16 se infectaron durante su seguimiento dando una incidencia de 8,8 por 1000 personas-año, siendo el riesgo casi cinco veces mayor en las UDVP (RR 4,61 IC95%:1,37-15,46) y 10 veces mayor en las parejas de UDVP (RR 10,08 IC95%:2,94-34,57). Los datos de una cohorte de 1974 prostitutas seguidas en el Centro Sanitario Sandoval entre 1986 y 1997 (544 tenían al menos una segunda prueba) muestran una tasa de seroconversión de 2,8 por 1000 personas-año, encontrándose grandes diferencias entre las UDVP (41,4 por 1000 personas-año) y las no-UDVP (1,0 por 1000 personas-año).

## MORTALIDAD POR EL VIH/SIDA

La importancia que ha tenido la infección por el VIH/SIDA en la población española se ha visto reflejada en su impacto sobre las tendencias de la mortalidad diferencial en los últimos años, produciéndose un aumento de la mortalidad entre los jóvenes con respecto a las personas de mayor edad. La mortalidad diferencial en España a lo largo del siglo XX experimentó un descenso continuado, sólo interrumpido por la epidemia de gripe de 1918, la guerra civil española 1936-39 y la epidemia del sida a finales de 1980. La esperanza de vida, que aumentó en 2,5 años en hombres y 3,2 años en mujeres en la década de 1972 a 1982, estabilizó su descenso en 0,5 años y 1,7 años respectivamente en el período 1983-93 debido al impacto de los accidentes de tráfico y del sida. Entre 1989 y 1995, la tendencia de la mortalidad por el VIH/SIDA fue ascendente, alcanzando su máximo en 1995 (Figura 3). En ese año, el VIH/SIDA fue la causa más frecuente de muerte en la población comprendida entre los 25 y los 34 años, superando a los accidentes de tráfico, aunque esta tendencia se invirtió a partir de 1997 como consecuencia de la utilización de los TARJE. Entre 1995 y 1997 las muertes por el VIH/SIDA en España descendieron en un 48,5%, aunque en las mujeres no empezaron a descender hasta 1997. Como consecuencia de la disminución de la letalidad, el número de personas vivas con diagnóstico de sida ha aumentado y se estima en 20.000 personas a finales de 1998 (Figura 4). La Comunidad de Madrid experimentó desde julio de 1996 un descenso de la mortalidad por el VIH/SIDA cuantificado en un 30% a principios de 1997 y, en Barcelona, donde la mortalidad de los casos de sida alcanzó su pico en 1995, se observó una disminución del 55% entre 1996 y 1997.

**Figura 3. Evolución de la incidencia y mortalidad por sida en España.**



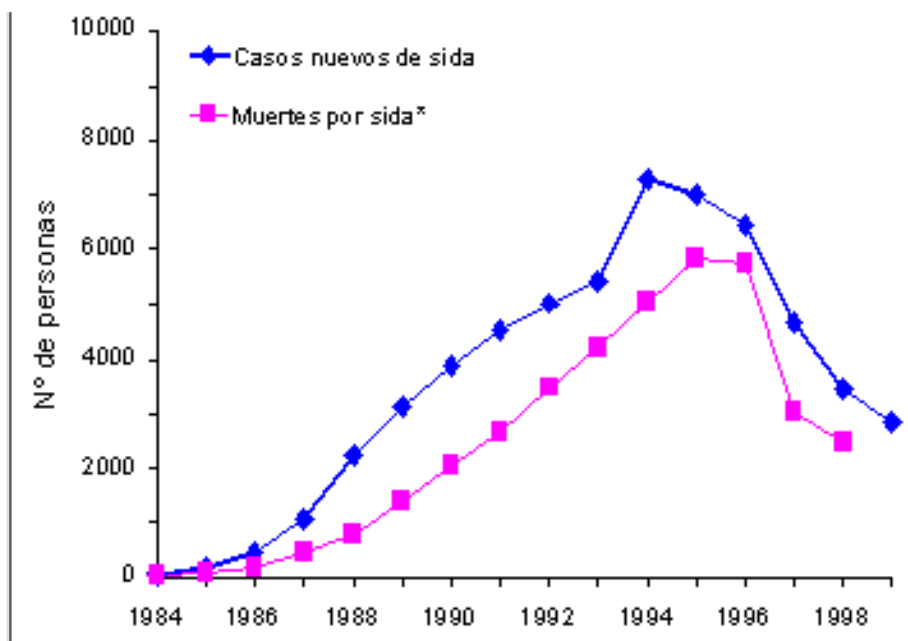
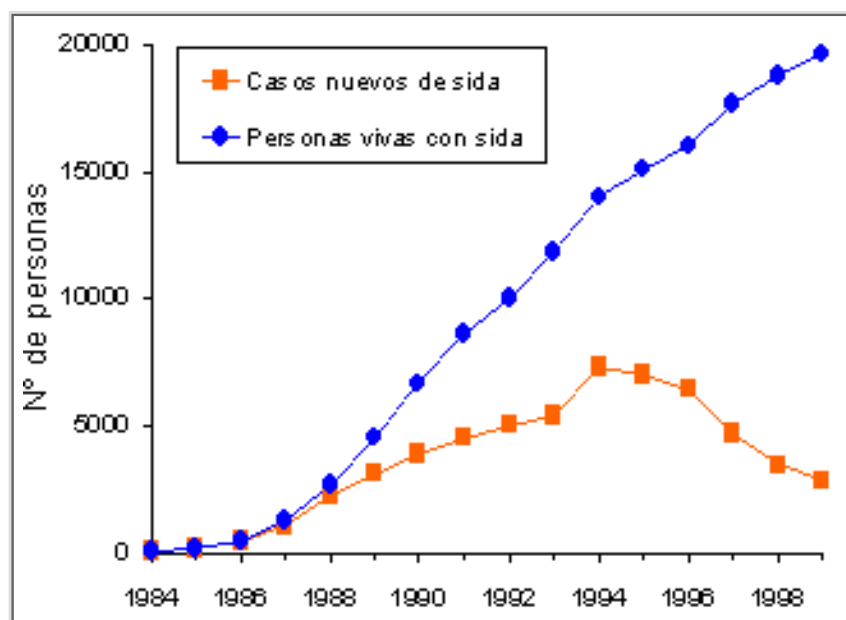


Figura 4. Evolución del número de casos de sida.



## CONSIDERACIONES FINALES

De lo previamente expuesto, se deduce que el número de casos nuevos de sida ha disminuido de forma muy importante en los últimos cinco años y que la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con sida ha aumentado considerablemente como consecuencia de los tratamientos antirretrovirales. Sin embargo, se evidencia un aumento de la proporción de mujeres heterosexuales entre los casos de sida, en concreto de las parejas sexuales de varones UDVP. Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido también de forma significativa desde principios de los años 90 en el grupo de los UDVP y en los varones homo/bisexuales. También la transmisión materno-fetal ha experimentado un fuerte descenso en los últimos 4 años. Finalmente, en la población heterosexual, donde existe menos información y los datos son más heterogéneos, la tendencia de las nuevas infecciones por el VIH es también descendente, aunque se constató un aumento infecciones en las mujeres embarazadas que dan a luz un nacido vivo en algunas comunidades autónomas de baja prevalencia, en el período 1996-99.

Como consecuencia de todos estos factores, el número de personas vivas con la infección por el VIH o con sida en España ha aumentado en los últimos años, lo que hace necesario que las estrategias de prevención se adecuen a esta nueva situación con el fin de frenar la transmisión de nuevas infecciones.

## BIBLIOGRAFÍA

Anónimo. Vigilancia del SIDA en España. Situación a 30 de Junio de 2000. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Anónimo. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/sida a Catalunya (SIVES). Informe anual 1999. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.

Anónimo. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Monitoratge de la prevalença y del nivell de prevenció de la

infección por VIH en la comunidad d'hombres homosexuales i en usuarios de drogas per via parenteral. Document tècnic número 11. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.

Anónimo. Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH Anónimo no Relacionado en pacientes de Consultas de ETS. Seroprevalencia de infección por el VIH en pacientes atendidos en consultas de enfermedades de transmisión sexual. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:211-213.

Ballesteros J, Clavo P, Castilla J, *et al.* Low seroincidence: a decrease in seroprevalence of HIV among female prostitutes in Madrid. *AIDS* 1999; 13:1143-1144.

Bravo MJ, Barrio G, de la Fuente L, Colomo C, Royuela L y Grupo de Trabajo de Médicos del Mundo para la monitorización de la infección por VIH y las prácticas de riesgo en inyectores de drogas. Persistencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH en inyectores de drogas de Madrid, Sevilla y Valencia. *Gac Sanit* 1999; 13:109-118.

Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de sida en España: 1980-1998. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:85-89.

Castilla J, Pachón I, González MP, *et al.* Seroprevalence of HIV and HTLV in a representative sample of the Spanish population. *Epidemiol Infect* 2000; 125:159-162.

Del Romero J, Castilla J, García S, *et al.* Evolución de la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en un colectivo de varones homo/bisexuales de Madrid (1986/1995). *Med Clin (Barc)* 1997; 110:209-212.

García de Olalla P, Cayla JA, Brugal MT, Galdos H, Jansa JM, Clos R. The evolution of AIDS mortality and survival in Barcelona (1981-1997). *Med Clin (Barc)* 1999; 113:169-170.

Hernández-Aguado I, Perez-Hoyos S, González-Aracil J, *et al.* Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of the epidemic over 10 years. *Int J Epidemiol* 1999; 28:335-340.

Noguer I, García A, Castilla J y Grupo para el Estudio anónimo no relacionado de la seroprevalencia de VIH en recién nacidos. Evolución de la seroprevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana en madres de recién nacidos entre 1996-1999. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:772-774.

Noguer I, Pereira J, Fernández-Zincke E, Génova R, Cañón J. Gran descenso de la mortalidad por VIH/SIDA en España en 1997. *Gac Sanit* 2000; 14(Supl 2): 73-113.

Vioque J, Hernández-Aguado I, Fernández García E, García de la Hera M, Álvarez-Dardet C. Prospective cohort study of female sex workers and risk of HIV in Alicante, Spain (1986-96). *Sex Transm Inf* 1998; 74:284-288.