

EVOLUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE SIDA EN ANDALUCÍA EN EL PERIODO 1987-2010. VARIACIONES GEOGRÁFICAS E INFLUENCIA DE LA INMIGRACIÓN

Yolanda Román-Montoya*, Aurora Bueno-Cavanillas** y Ana María Lara-Porras¹*

*Departamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Granada. España

**Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Granada. España
Campus de Fuentenueva s/n. Facultad de Ciencias. Universidad de Granada. España

ABSTRACT

Since HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) was brought, it has been possible to notice a constant and general decrease of incidence and mortality due to AIDS. Although the deceleration rate is decreasing during the last years, the percent of diagnosis in immigrant population continues being very high. The increase of AIDS diagnosis in immigrant population occurs simultaneously with the increase of numbers of immigrant that are coming to our country, but there are some others factors which can have influence in a significant way. In this work we have analyzed the AIDS diagnosis and the death due to this disease during the years 1997 – 2010 in Andalucía, Spain. We have developed analysis to native population and to immigrant population.

KEY WORDS: AIDS, HIV, Immigration

RESUMEN

Desde la introducción y extensión del TARGA (Terapia Antiretroviral de Gran Actividad) puede apreciarse una disminución constante y generalizada de la incidencia y la mortalidad por SIDA. Aunque el ritmo de desaceleración disminuye en los últimos años, destaca igualmente el elevado porcentaje de casos que se diagnostican en personas procedentes de otros países. El aumento de los casos de SIDA entre inmigrantes coincide con el aumento de población inmigrante en nuestro país, pero hay otros factores que pueden influir también de forma significativa. En este trabajo nos hemos centrado en los diagnósticos de SIDA así como las muertes producidas por esta enfermedad en el periodo 1997-2010 en la población andaluza y en la población inmigrante en Andalucía.

PALABRAS CLAVES: SIDA, VIH, Inmigración

1. INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica permite disponer de información sistemática sobre la magnitud, características, y tendencias del problema sometido a vigilancia. Con frecuencia esta información es incompleta, y puede estar afectada por sesgos de selección y clasificación, no obstante, a pesar de estas limitaciones, el análisis de la evolución temporal de los datos proporciona una información muy válida sobre la situación del problema y sus tendencias.

En relación con la infección por VIH y SIDA, la magnitud y trascendencia que presentó la epidemia en los años 80 obligó a diseñar sistemas de vigilancia específicos para recoger información poblacional sobre nuevos diagnósticos de SIDA y más recientemente de infección por VIH. En Andalucía la vigilancia del SIDA se inicia en el año 1983, como parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía e integrado en el Registro Nacional de Casos de Sida. Los objetivos son conocer la incidencia de su morbilidad y mortalidad, identificar ámbitos geográficos y sociales de mayor riesgo, determinar la distribución de las enfermedades indicativas de SIDA y analizar la evolución de la epidemia en cuanto a los modelos de transmisión.

Los datos disponibles han permitido valorar la magnitud y características del SIDA en España, comprobándose un modelo de transmisión específico, con un predominio del contagio ligado al uso de drogas por vía parenteral y un menor porcentaje de infecciones por transmisión homosexual en varones que el descrito en otros países desarrollados. Desde la introducción y extensión del TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) puede apreciarse una disminución constante y generalizada de la incidencia y la mortalidad por SIDA, si bien el ritmo de desaceleración disminuye en los últimos años [5] y [4]. Destaca igualmente el elevado porcentaje de casos que se diagnostican en personas procedentes de otros países, porcentaje que alcanza el 38% en 2008 [2]. El aumento de los casos de SIDA entre inmigrantes coincide con el aumento de población inmigrante en nuestro país, pero hay otros factores que pueden influir también de forma significativa, entre los que destacan un mayor riesgo de infección debido al desarraigo y la mayor vulnerabilidad de la población inmigrante, un menor acceso a los servicios sanitarios, tanto preventivos como curativos, que incidiría tanto

¹ alara@ugr.es

sobre el riesgo de transmisión como sobre la progresión de la infección en caso de contagio, y finalmente la procedencia de la población inmigrante de regiones con alta incidencia de infección por VIH [3].

En este trabajo nos planteamos los siguientes objetivos:

- Analizar la evolución de las tasas de declaración de SIDA en población andaluza y en inmigrante en Andalucía
- Evaluar las características de los casos diagnosticados en inmigrantes en relación con los casos autóctonos
- Analizar la variabilidad geográfica en las tasas de SIDA.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Tal y como se ha señalado anteriormente, en la década de los 80 se inicia la vigilancia epidemiológica del SIDA y a partir de 1993 esta vigilancia del SIDA es una actividad incluida en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) en todos los niveles de su estructura. El Registro Andaluz de casos de SIDA ofrece información sobre las características de las personas que lo padecen, del lugar donde habitan y de la evolución temporal de su enfermedad. La finalidad de la vigilancia epidemiológica del SIDA es contribuir al conocimiento de la enfermedad y de sus características epidemiológicas, identificando los aspectos más relevantes para su control.

El trabajo que aquí se presenta se ha desarrollado a partir de una base de datos de 10075 registros proporcionados por el Registro Andaluz de Casos de SIDA (España). Dicha una base de datos está constituida por 10075 registros de pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA comprendido entre 1/1/1987 y 1/10/2010, de los cuales 6192 pacientes tienen fecha de muerte registrada antes de 1/10/2010 y 9934 individuos tienen edad superior a 15 años. De estos 9934 pacientes, en nuestro estudio nos restringiremos a aquellos individuos con diagnóstico de VIH previo al diagnóstico de SIDA, concretamente presentamos un análisis de un total de 9868 individuos, de los cuales 404 corresponden a población inmigrante.

Nuestra base de datos recoge información referente a enfermos de SIDA diagnosticados en hospitales andaluces. La información de la que disponemos, como ya se ha indicado, ha sido registrada entre enero de 1987 y Octubre de 2010. Se han medido las siguientes variables: Caso de SIDA (variable identificadora del paciente); edad en el momento del diagnóstico (en meses); estado vital del paciente (variable indicadora de si el paciente ha muerto o no durante el periodo de observación); sexo; recuento de células CD4 (los linfocitos son las células responsables de las respuestas inmunitarias. Cuanto más daño haya hecho el VIH, más bajo será el recuento); enfermedad que produce que se desencadene el SIDA; provincia de residencia del paciente; país de origen; categoría de transmisión (homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, receptor de hemoderivados, receptor de transfusiones, heterosexuales, hijo de madre de riesgo); variable indicadora de si el paciente procede de un centro penitenciario o no. Para una información más amplia sobre la base de datos ver [1].

Estamos interesados en primer lugar en el análisis de la distribución de los diagnósticos de SIDA así como de las muertes producidas por esta enfermedad. Analizaremos el periodo 1997 – 2008 (periodo para el que disponemos de los datos proporcionados por el INE), resaltando el hecho de que existe una pauta muy diferente en la evolución del número de diagnósticos de SIDA en la población inmigrante (404 de los registros analizados constituyen este grupo) comparada con la de la población autóctona de Andalucía. A raíz de estas diferencias, procederemos al establecimiento de una comparativa entre las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad de la población inmigrante y la población española a lo largo de todo el periodo.

Se define la *tasa de incidencia* de una enfermedad, en nuestro caso SIDA (VIH), como el número de infecciones (diagnósticos) que se producen durante un periodo determinado. La tasa de incidencia en adultos se calcula dividiendo el número estimado de adultos a los que se les ha diagnosticado VIH / SIDA antes de finales de año por el total de la población adulta a finales de año.

La *tasa de mortalidad* (por SIDA) es un indicador demográfico que señala la proporción de defunciones de una población por cada 10^6 habitantes durante un periodo de tiempo, generalmente un año.

Por último la *tasa de prevalencia* de una enfermedad, se define como el número de personas que vive con dicha enfermedad en un año determinado. La tasa de prevalencia del VIH/SIDA en adultos, la hemos calculado dividiendo el número estimado de adultos que viven con el VIH / SIDA a finales de año por el total de

la población adulta a finales de año. Esta variable da una estimación del porcentaje de adultos que viven con el VIH / SIDA.

Para proceder al cálculo de las tasas, son necesarios los totales poblacionales. A través de la página del Instituto de Estadística de Andalucía obtenemos las estimaciones intercensales de población para el periodo 1981-2002. Dado que los censos se realizan a cabo cada diez años, los datos con los que vamos a trabajar son siempre proyecciones de población, realizadas a 10 años (para los cálculos consideraremos estimaciones a mitad del periodo). Para los años 2002-2010 se ha recurrido a los datos del padrón. El Padrón Municipal de Habitantes ofrece cifras oficiales de población municipal. Es un registro administrativo en el que figuran los vecinos de cada municipio. Tiene, además, una utilidad estadística al proporcionar un recuento de la población y un conocimiento de su estructura demográfica. Los padrones municipales se rectificaban anualmente y se renovaban completamente cada cinco años. Con la entrada en vigor de la Ley 4/1996, por la que se modificaba la Ley 7/1985 reguladora de las Bases del Régimen Local, se implantó una gestión continua e informatizada de los mismos, basada en la coordinación de todos ellos por el Instituto Nacional de Estadística. Por ello se llevó a cabo en 1996, con referencia al 1 de mayo, la última renovación padronal y desde 1998 se han ido obteniendo las cifras oficiales de población a 1 de enero de cada año según el nuevo sistema. (Información proporcionada por la página web <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/iea/actividad.jsp?Cod=51>, de la Junta de Andalucía). Los datos del padrón, aportan además información relativa a los países de procedencia.

La información relativa a población inmigrante por sexo, edad y provincia, se ha obtenido de la Estadística sobre Población Extranjera proporcionada en la página web del Instituto de Estadística de Andalucía, <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica>, en el apartado de Población del ACCESO TEMÁTICO, dentro del capítulo de Migraciones. En esta sección están disponibles tablas como "Población inmigrante nacida en el extranjero por sexo y nacionalidad, según provincia de residencia. Andalucía 1998-2009" o "Población extranjera por lugar de nacimiento, según sexo, edad y provincia de residencia", también disponible para la serie 1998-2009. Esta información proviene del "Padrón Municipal de Habitantes", que como hemos mencionado anteriormente se rectificaba anualmente y se renovaba completamente cada cinco años. Es por esto por lo que las series están disponibles desde el año 1998. La información relativa al año 1996 también está disponible en la web.

A la vista de la información recogida en el INE de la población inmigrante procedemos a la clasificación de nuestros individuos siguiendo la misma establecida en el INE. Se han considerado las siguientes nacionalidades: África, América del Norte, América Central, América del Sur, Asia, UE-15(España, Portugal, Francia, Italia, Grecia, Austria, Alemania, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Dinamarca, Suecia, Finlandia, Reino Unido e Irlanda), Resto de Europa y Oceanía.

3. ANÁLISIS Y RESULTADOS

La distribución de los diagnósticos de VIH, SIDA y el momento de la muerte tanto para la población española como la inmigrante queda reflejada en los siguientes gráficos:

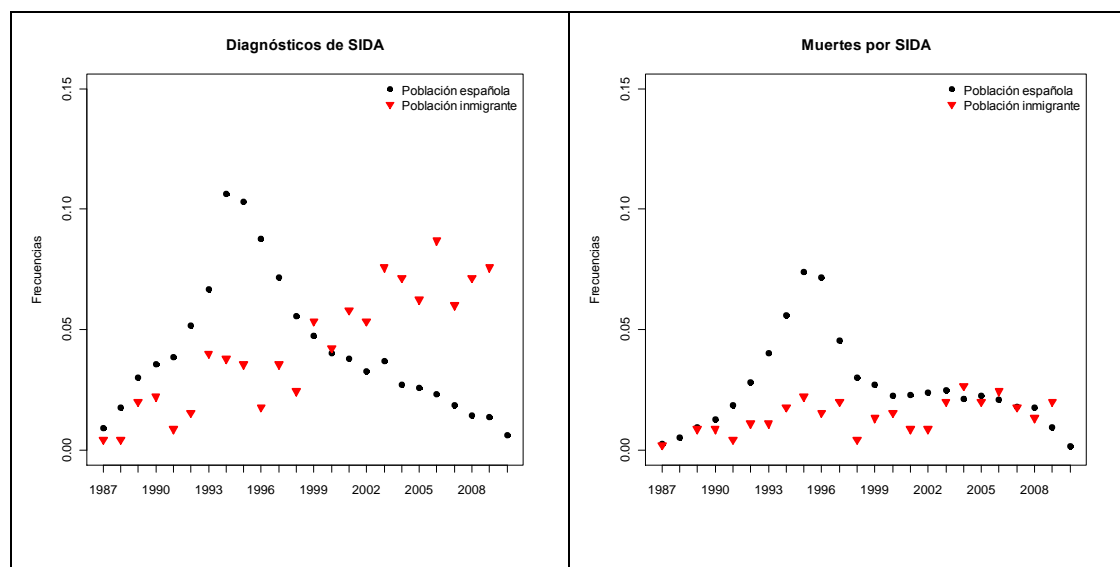


Figura 1: Distribución de los diagnósticos de SIDA y fallecimientos por SIDA entre la población española e inmigrante

En la figura 1 se aprecia el descenso en los casos diagnosticados por SIDA y la mortalidad en la población autóctona mientras que persiste un aumento constante tanto en el número de diagnósticos como el número de muertes en población inmigrante.

El análisis de la procedencia de los casos diagnosticados se recoge en la tabla 1, en la que se puede observar como casi la mitad de los casos diagnosticados en inmigrantes corresponden a personas procedentes de África (46,3%), siguiendo en frecuencia los procedentes de la Unión Europea (26,7%).

Población Autóctona	Población Inmigrante					
	África	AmerNorte	AmerSur	Asia	UE15	Resto Europa
España	187 (46.28%)	5 (1.24%)	75 (18.563)	9 (2.23%)	108 (26.73%)	20 (4.95%)

Tabla 1: Distribución según país de origen de la población afectada por SIDA en Andalucía

Procedemos a continuación a realizar un análisis descriptivo de la distribución según sexo, grupos de riesgo, enfermedad en el diagnóstico y provincia andaluza entre la población autóctona andaluza y la población inmigrante. Los resultados se resumen en la Tabla 2.

		Población española	Población inmigrante	Población total
Edad	15 – 39	7254 (76.65%)	266 (65.84%)	7520
	40 – 64	2102 (22.21%)	137 (33.91%)	2239
	65 – 99	108 (1.14%)	1 (0.25%)	109
Sexo	Hombres	7910 (83.57%)	311 (76.98%)	8221
	Mujeres	1554 (16.42%)	93 (23.01%)	1647
Grupo de riesgo	Heterosexual	1395 (14.74%)	164 (40.59%)	1559
	Homosexual	1048 (11.07%)	84 (20.79%)	1132
	UDVP	6491 (68.58%)	74 (18.32%)	6565
	Otros	530 (5.60%)	82 (20.30%)	612
Enfermedad en el diagnóstico	Neumonía	1883 (19.89%)	71 (17.57%)	1954
	Tuberculosis	3228 (34.11%)	148 (36.63%)	3376
	Candidiasis	1413 (14.93%)	30 (7.42%)	1443
	Otros	2940 (31.06%)	155 ((38.36%)	3095
Provincia de residencia	Almería	499 (5.27%)	116 (28.71%)	615
	Cádiz	1703 (17.99%)	26 (6.43%)	1729
	Córdoba	598 (6.32%)	7 (1.73%)	605
	Granada	901 (9.52%)	29 (7.18%)	930
	Huelva	627 (6.62%)	13 (3.23)	640
	Jaén	439 (4.64%)	8 (1.98%)	447
	Málaga	2441 (25.79%)	167 (41.37%)	2608
	Sevilla	2256 (23.84%)	38 (9.40%)	2294

Tabla 2: Distribución de los enfermos de SIDA en población española e inmigrante

A la vista de los resultados de la Tabla 2 se puede afirmar que la población inmigrante, la mayor fuente de contagio de SIDA es la transmisión sexual y el mayor porcentaje de afectados de SIDA se observa en Málaga y Almería. A partir de estas diferencias porcentuales, distinguiremos en los análisis que realizamos en este trabajo tres zonas respecto a la “Provincia de residencia”: Málaga, Almería y resto de las provincias andaluzas.

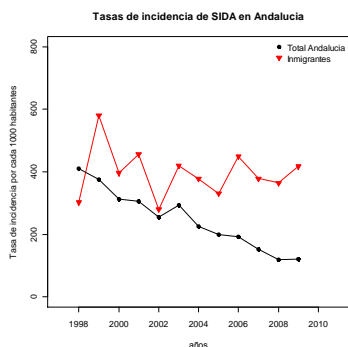


Figura 2: Análisis temporal de la incidencia del SIDA en la población andaluza y la población inmigrante de Andalucía

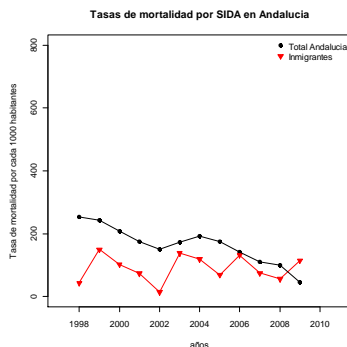


Figura 3: Análisis temporal de la mortalidad por SIDA en la población andaluza y población inmigrante de Andalucía

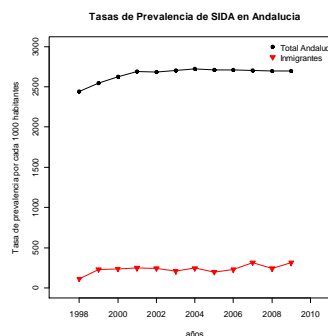


Figura 4: Análisis temporal de la prevalencia de SIDA en la población andaluza y la población inmigrante de Andalucía

Unos de los objetivos que hemos planteado en este trabajo es el estudio de la evolución de las tasas de declaración de SIDA en la población autóctona e inmigrante en Andalucía. En la Figura 2 pueden comprobarse las diferentes tendencias en la evolución de las tasas de incidencia de SIDA, claramente descendentes en la población andaluza, pero estabilizadas, e incluso crecientes en población inmigrante. Un comportamiento similar se observa para las tasas de mortalidad (Figura 3)

En la Figura 4 se refleja la tasa de prevalencia de SIDA desde 2008. Puede comprobarse como esta se mantiene constante, lo que dada la disminución de las tasas de incidencia indica una mayor duración de la enfermedad, es decir, una menor mortalidad. Para la población inmigrante se insinúa un ligero incremento en el número de casos, que podría indicar que no sólo aumenta la incidencia, sino que también el pronóstico es peor en este sector de la población.

Continuando con el análisis de la tendencia temporal, hemos realizado un estudio de las tasas de incidencia en la población andaluza y la inmigrante en Andalucía, estratificado por sexo que mostramos en la Tabla 3 y estratificada por sexo y edad que mostramos en las Tablas 4 y 5

Tasa de Incidencia (por millón de habitantes) estratificada por sexo				
	Población Total. Andalucía		Población inmigrante Andalucía	
Años	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1998	350.74196	59.37077	301.8634	0.0
1999	319.47785	56.08353	534.3583	45.77601
2000	248.06260	64.13791	321.3235	75.00000
2001	250.40211	55.99764	357.8799	98.60051
2002	202.54955	52.15633	153.0582	127.18894
2003	236.51699	56.79679	316.8920	102.60321
2004	181.46726	44.36008	257.6700	120.30075
2005	162.13844	37.57122	260.1320	70.38422
2006	146.96027	45.24171	376.2723	72.65425
2007	120.39537	31.61294	229.0179	149.25373
2008	94.83591	23.50887	271.2759	93.03849
2009	94.25577	26.19585	244.3145	172.53989

Tabla 3: Incidencia según sexo

Estos resultados muestran que en ambos sexos disminuye la población andaluza aunque esta tendencia es más acusada en los varones, mientras que el comportamiento de la población inmigrante es muy diferente. En esta población la tasa en varones tiende a caer, mientras que en mujeres la tendencia es claramente creciente.

Observamos como en la población autóctona destaca la estabilización de las tasas en las mujeres mayores de 40 años, mientras que disminuyen en el resto de los grupos, y en la población inmigrante el hecho de que el aumento de las tasas a lo largo del tiempo parece concentrarse en las mujeres menores de 40 años.

Tasa de Incidencia (por millón de habitantes) estratificada por edad y sexo								
	Población total Andalucía				Población inmigrante Andalucía			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
Años	15 – 39	40 – 64	15 – 39	40 – 64	15 – 39	40 – 64	15 – 39	40 – 64
1998	241.053	102.575	45.272	12.369	171.428	130.434	0.00	0.00
1999	188.102	117.524	41.210	13.181	345.679	188.679	25.974	19.801
2000	149.112	94.445	42.596	19.883	258.823	62.500	75.000	0.00
2001	136.934	98.124	34.915	19.461	211.538	146.341	83.333	15.267
2002	114.070	77.862	37.096	15.059	74.626	78.431	112.903	14.285
2003	105.794	122.397	34.683	19.042	118.421	165.137	75.757	26.845
2004	74.981	85.818	31.247	13.112	189.873	67.796	120.300	0.00
2005	77.185	80.891	19.849	17.721	109.756	150.375	58.823	11.560
2006	54.517	82.455	19.858	25.383	208.333	167.938	60.606	12.048
2007	41.987	72.485	19.173	9.503	171.875	57.142	149.253	0.00
2008	39.488	53.411	11.220	12.288	195.804	75.471	60.606	32.432
2009	29.548	55.142	12.554	13.640	157.894	86.419	140.625	31.914

Tabla 4: Incidencia según grupo de edad y sexo

A la vista de los resultados obtenidos en el estudio de las tasas de incidencia estratificada por sexo en la población autóctona y la inmigrante en Andalucía hemos creído conveniente realizar un estudio de dichas tasas y estratificación en cada una de las provincias andaluzas, que mostramos en la siguiente figura

Tasa de Mortalidad (por millón de habitantes) estratificada por edad y sexo								
	Población total Andalucía				Población inmigrante Andalucía			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
Años	15 – 39	40 – 64	15 – 39	40 – 64	15 – 39	40 – 64	15 – 39	40 – 64
1998	145.575	75.943	25.697	6.814	0.00	43.478	0.00	0.00
1999	142.464	47.448	21.509	0.00	74.074	99 75.471	0.00	0.00
2000	122.327	46.491	25.913	13.094	70.588	31.250	0.00	0.00
2001	127.081	25.976	21.658	0.00	0.00	73.170	0.00	0.00
2002	83.235	37.356	29.964	0.00	0.00	0.00	0.00	14.285
2003	118.510	29.762	25.415	0.00	39.473	36.697	15.151	13.422
2004	73.588	68.973	33.993	0.00	37.974	50.847	30.075	0.00
2005	73.646	44.443	29.815	11.204	24.390	30.075	14.705	0.00
2006	90.377	43.050	8.566	0.00	55.555	45.801	30.303	0.00
2007	53.710	46.845	4.315	5.277	15.625	14.285	44.776	0.00
2008	45.982	25.474	8.693	5.118	27.972	12.578	15.151	0.00
2009	21.086	15.197	8.722	0.00	39.473	12.345	62.500	0.00

Tabla 5: Mortalidad según grupo de edad y sexo

Al analizar la Figura 5, el primer fenómeno que destaca son las diferencias en la repercusión de la epidemia de SIDA en cada una de las provincias Andaluzas, Córdoba, Granada y Jaén son las provincias en las que se registran las tasas más bajas, Cádiz y Málaga las que presentan las tasas más elevadas. En todas las provincias hay un claro predominio masculino. La pendiente de la curva es más acentuada para las provincias con mayores tasas de incidencia, de forma que las tasas se aproximan entre sí en los últimos puntos. Igualmente se comprueba que el descenso de la incidencia en mujeres es muy inferior al observado en varones, habiéndose reducido la razón de masculinidad en todas las provincias.

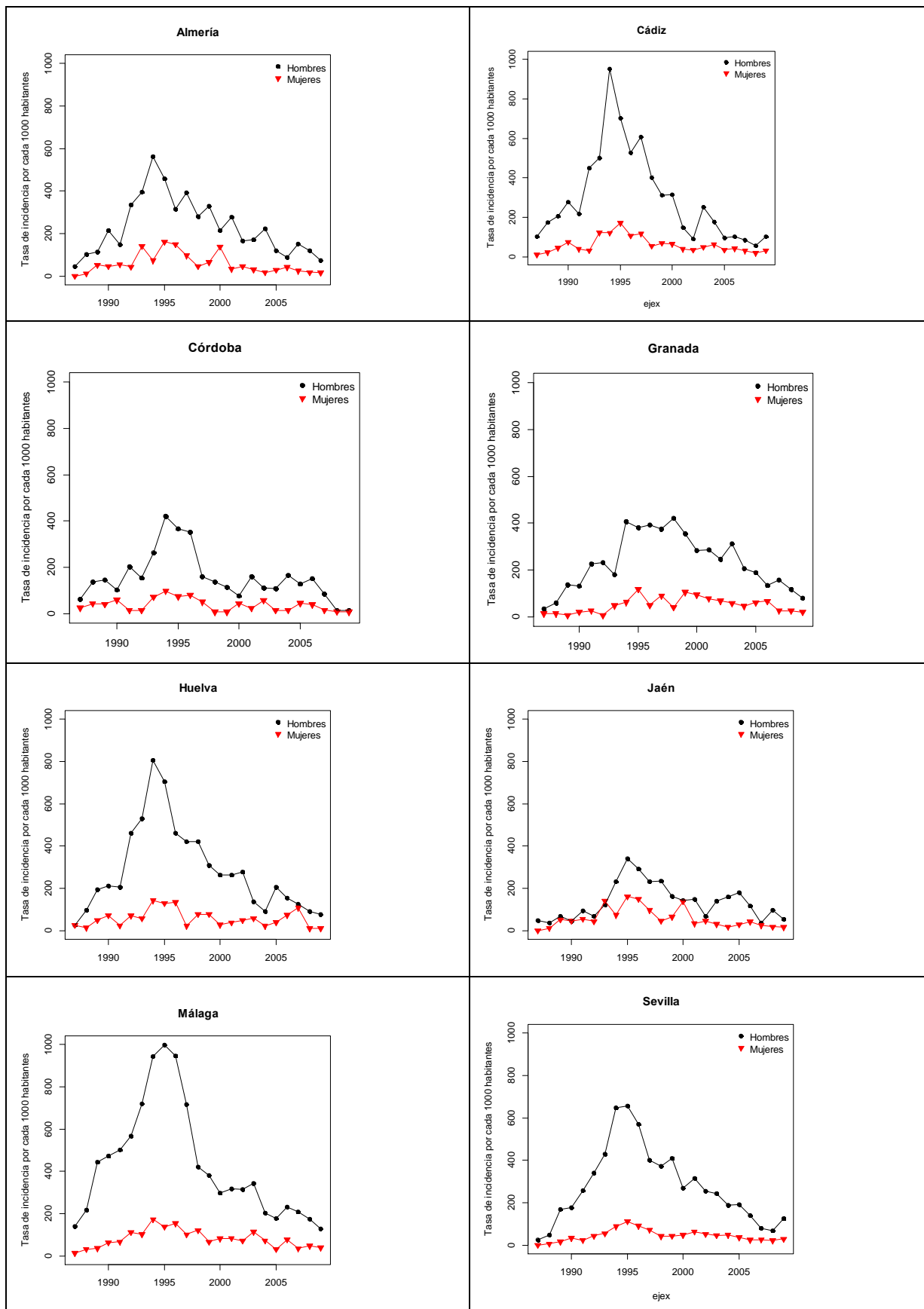


Figura 5: Análisis temporal de la incidencia del SIDA en las provincias de Andalucía

Por último mostramos un análisis descriptivo, mediante la Tabla 6, de la población inmigrante afectada de SIDA en Andalucía

		Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla
Edad	15 – 39	75 64,66%	17 62,96%	6 85,71%	22 68,75%	16 80,00%	14 73,68%	104 61,18%	40 70,18%
	40 – 64	41 35,34%	10 37,04%	1 14,29%	10 31,25%	4 20,00%	5 26,32%	65 38,24%	17 29,82%
	65 – 99	0	0	0	0	0	0	1 (0.2%)	0

Sexo	Hombres	95 81,90%	17 62,96%	5 71,43%	24 75,00%	17 85,00%	15 78,95%	130 76,47%	48 84,21%
	Mujeres	21 18,10%	10 37,04%	2 28,57%	8 25,00%	3 15,00%	4 21,05%	40 23,53%	9 15,79%

Grupo de riesgo	Heterosexual	67 57,76%	14 51,85%	1 14,29%	8 25,00%	9 45,00%	6 31,58%	58 34,12%	10 17,54%
	Homo-sexual	7 (1.6%)	1 (0.2%)	0	7 (1.6%)	3 (0.7%)	2 (0.4%)	64 (14.3%)	11 (2.5%)
	UDVP	6 5,17%	6 22,22%	5 71,43%	9 28,13%	7 35,00%	7 36,84%	33 19,41%	23 40,35%
	Otros	36 31,03%	6 22,22%	1 14,29%	8 25,00%	1 5,00%	4 21,05%	15 8,82%	13 22,81%

Enf. en el diagnóstico	Neumonía	14 12,07%	7 25,93%	0	6 18,75%	2 10,00%	3 15,79%	41 24,12%	7 12,28%
	Tuberculosis	55 47,41%	9 33,33%	4 57,14%	13 40,63%	9 45,00%	5 26,32%	48 28,24%	20 35,09%
	Candidiasis	7 6,03%	3 11,11%	0	0	0	0	17 10,00%	4 7,02%
	Otros	40 34,48%	8 29,63%	3 42,86%	13 40,63%	9 45,00%	11 57,89%	64 37,65%	26 45,61%

Tabla 6: Análisis descriptivo de la población inmigrante afectada de SIDA en Andalucía (frecuencias relativas para cada variable y provincia)

No se han podido estimar tasas de incidencia estratificadas por provincias para la población inmigrante debido a la imposibilidad de obtener información sobre fiable para los denominadores. El análisis descriptivo de la distribución de los casos por provincias permite destacar diferencias en el patrón de transmisión, en particular el predominio de la transmisión heterosexual, con muy escasa repercusión de la transmisión por UDVP en Almería. Sólo en Málaga aparece la transmisión homosexual con una frecuencia relevante. Destaca también la elevada frecuencia de la categoría de otros mecanismos de transmisión, posiblemente debida a la falta de información para esta variable. Respecto a la enfermedad que motiva el diagnóstico, destacar la elevada frecuencia de tuberculosis, tanto en Almería como en Córdoba, Granada y Huelva.

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 80.827 casos de SIDA. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los noventa, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive, que supone un 83% desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2010 [5].

Una situación similar se comprueba en Andalucía. No obstante, este descenso, inicialmente espectacular, se ha ido ralentizado en los últimos años.

En España, hasta 1997 la proporción de casos de SIDA en personas nacidas fuera de España estuvo por debajo del 3%, pero desde entonces ha subido progresivamente hasta alcanzar el 27% en 2010. El aumento del número de casos en inmigrantes en los últimos 10 años parece un fenómeno lógico debido a la alta afluencia de inmigrantes habida en Andalucía en este período [3], no obstante, el aumento se mantiene cuando se analizan las tasas de enfermedad, observándose una pendiente muy diferente para la población autóctona, con un claro descenso, y para la población inmigrante, que aunque con grandes oscilaciones, muestra una leve tendencia creciente. El mismo fenómeno se puede observar para la mortalidad. Las tasas de prevalencia muestran una estabilización en población autóctona, implica que el número de casos de SIDA se mantiene constante, mientras que aumentan en población inmigrante. Una valoración exhaustiva del problema requiere conocer también los casos que viven con VIH, sobre los cuales actualmente no disponemos de información.

Respecto a las características de los casos en inmigrantes, hay un porcentaje ligeramente superior de mayores de 40 años (34% frente a sólo el 23% en los españoles), y es mayor el porcentaje de mujeres afectadas, pero la principal diferencia reside en los patrones de transmisión, con un claro predominio de la transmisión sexual, en particular por vía heterosexual.

El análisis de la tendencia temporal estratificado por sexo, aunque el número de casos es pequeño para obtener datos concluyentes, muestra como la disminución en población autóctona ocurre en ambos sexos, aun cuando presenta una tendencia más acusada en varones, probablemente debida a la mayor afectación de este grupo de población, mientras que se comporta de forma muy diferente en inmigrantes, en varones la tasa tiende a caer, mientras que en mujeres la tendencia es claramente creciente. Cuando se estratifica simultáneamente por sexo y edad, en población autóctona destaca la estabilización de las tasas en las mujeres mayores de 40 años, mientras que disminuyen en el resto de los grupos, y en población inmigrante el hecho de que el aumento de las tasas a lo largo del tiempo parece concentrarse en las mujeres menores de 40 años. Este fenómeno puede deberse a los patrones de transmisión predominantes, en población inmigrante fundamentalmente la vía heterosexual, y frecuentemente ligada a la prostitución, pero sin duda también vinculada a un menor acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios sanitarios, tanto preventivos como curativos.

En cuanto a la distribución geográfica, la mayor parte de los casos en inmigrantes se dan en sólo dos provincias Andaluzas, Málaga y Almería. En el primer caso, corresponde a esta provincia la tasa más alta de la región y el mayor porcentaje de casos totales, puesto que el 26% de ellos se han notificado en Málaga, aún así vemos un exceso de casos en inmigrantes, de los que aporta el 41% del total. En el caso de Almería, notifica el 29% de los casos de SIDA en inmigrantes y tan sólo el 5% de los casos de población autóctona, esto puede deberse a que esta provincia tiene la mayor densidad migratoria, pero también puede reflejar que se trata de una inmigración de bajo potencial económico, y posiblemente con dificultades de acceso a servicios diagnósticos y terapéuticos. En este sentido nos llama la atención la distribución del origen de los inmigrantes afectados, la mayor parte proceden de África (46%), o de la Europa de los 15 (26%), al contrario de lo que ocurre en el resto de España, donde el 41% de los casos de SIDA en inmigrantes procedían de Sudamérica y el 27% de África [5]. Destaca también que en la provincia de Almería la enfermedad que motiva el diagnóstico con mayor frecuencia es la tuberculosis, mientras que en Málaga lo es la neumonía oportunista, dato que nuevamente habla a favor de una mayor privación social.

La principal limitación de los datos disponibles deriva de que solo se notifican los casos con SIDA establecido, se carece por tanto de la información referida a los sujetos infectados por VIH en los que el SIDA no se ha establecido. En España, el sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) recoge información sobre todos los nuevos diagnósticos de la infección que se producen en un territorio determinado. Actualmente, los datos obtenidos a través de este sistema son la mejor aproximación a la incidencia de VIH de que se dispone, aunque, por ser la infección asintomática, los nuevos diagnósticos de VIH incluyen no sólo infecciones recientes, sino también otras que se produjeron años atrás. Andalucía se ha incorporado a este registro en el año 2011, por lo que en sucesivos estudios podremos ampliar la información analizada.

Como conclusión del análisis de nuestros datos podemos señalar:

- 1) Existe una tendencia descendente en las tasas de incidencia de SIDA en Andalucía, mucho más marcada en varones que en mujeres, que coincide con un aumento constante del número de casos en inmigrantes que hace que las tasas de incidencia en este sector de población se mantengan

constantes e incluso aumenten. La población más vulnerable son las mujeres inmigrantes menores de 40 años, sector en el que se produce el mayor incremento en las tasas de SIDA.

2) Los casos de SIDA en inmigrantes presentan un mayor porcentaje de sujetos mayores de 40 años y de mujeres, y muestran un patrón de transmisión muy diferente en el que predomina la transmisión por vía sexual, particularmente de carácter heterosexual.

3) El análisis geográfico muestra que aunque la epidemia alcanzó picos diferentes en cada una de las provincias andaluzas, la tendencia descendente generalizada tiende a igualar las tasas actuales, destacando la concentración de los casos de SIDA en inmigrantes en las provincias de Málaga y Almería.

REFERENCIAS

- [1] BUENO-CAVANILLAS, A., GÁMIZ-PÉREZ, L., LARA-PORRAS, A. & ROMÁN-MONTOYA, Y. (2010): Análisis estadístico con datos truncados a la derecha. Estudio de los tiempos de incubación de una muestra de pacientes diagnosticados de SIDA. En García-Rodríguez, J.F. y Bouza-Herrera, C.N. **Investigación aplicada a la salud. Una mirada desde la investigación de operaciones.** 117-136. México.
- [2] CARNICER-PONT D., VIVES N., CASABONA I. & BARBARÀ J. (2011): Epidemiology of human immunodeficiency virus infection: Delay in diagnosis. **Enferm Infecc Microbiol Clin.**, 29, 144-51.
- [3] CARO-MURILLO AM., CASTILLA CATALÁN J. & AMO VALERO JD. (2010): Epidemiology of HIV infection in immigrants in Spain: Information sources, characteristics, magnitude and tendencies. **Gaceta Sanitaria.** 24, 81-8.
- [4] REGIDOR E., SÁNCHEZ E., DE LA FUENTE L., LUQUERO F. J., DE MATEO S. & DOMÍNGUEZ V. (2009): Major reduction in AIDS-mortality inequalities after HAART: The importance of absolute differences in evaluating interventions. **Social Science and Medicine**, 68, 419-26.
- [5]. SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA/CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. (2011): **Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de SIDA.** Madrid; Madrid Nov. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/sida.shtml>.
- [6] SECRETARIA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA (2002): **VIH y SIDA en España. Situación Epidemiológica, 2001.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- [7] ZUM. (2010): **Otra perspectiva del VIH en España.** <http://msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/RevistaZUMDic2010.pdf>
- [8] EVOLUCIÓN 1981-2008. (2009): **Mortalidad VIH/SIDA en España año 2008.** <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/mortalidad.pdf>.
- [9] EPIDEMIOLOGIAMOLECULAR.COM (2011): **Situación-de-la-epidemia-de-VIH-en-España** <http://epidemiologiamolecular.com/situacion-de-la-epidemia-de-vih-en-espana/> (Última consulta Febrero 2011)
- [10] MSC.ES (2011): **Enftransmisibles-sida-prevención** <http://www.msc.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/usuariosDrogas/guiaIntroduccion.htm>. (Última consulta Febrero 2011)
- [11] R-ORGANIZATION (2012): **The Comprehensive R** . Archive Network. <http://www.r-project.org/>