

# ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL VIH/SIDA EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAIS VASCO

---

Trabajo de Fin de Grado

**Uxue Arrieta Gallaga**

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea

Escuela de Enfermería/Leioako Erizaintzako Eskola

Grado de Enfermería

Tutora: Elena Rodríguez Álvarez

Leioa, a 16 de Mayo de 2014

## ÍNDICE

---

<b>RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>1.INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. HIPÓTESIS OBJETIVOS, Y METODOLOGÍA</b>	<b>7</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>10</b>
3.1. Evolución de la situación del VIH en las CCAA y en el País Vasco	10
3.2. Evolución de los diagnósticos tardíos de VIH en las CCAA y en el País Vasco	16
3.3. Evolución de los casos notificados de SIDA y la mortalidad en las CCAA y en el País Vasco	18
<b>4. DISCUSIÓN</b>	<b>21</b>
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>25</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>26</b>

## RESUMEN

---

**Objetivo:** Describir la evolución del VIH/SIDA transmitido por vía sexual y parenteral en las 11 de las CCAA que han notificado su situación epidemiológica desde el año 2007 y compararla con de la CAPV.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal, basado en datos secundarios. Se realizó un análisis descriptivo y se calcularon las tasas por 100.000 habitantes de los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA según el sexo y el lugar de nacimiento.

**Resultados:** Entre los años 2007-2012 se notificaron 16.581 nuevos casos de VIH, de los que 1.111 fueron en la CAPV y, la mayoría fueron en hombres (81,9%). Las relaciones sexuales no protegidas representan la principal vía de transmisión (92,2%), y casi la mitad en relaciones entre HSH y, con una tendencia ascendente. Se observó el mismo patrón en la CAPV. Los nuevos diagnósticos se produjeron mayoritariamente en las personas autóctonas, aunque las vías de transmisión fueron diferentes en las inmigrantes, con mayor frecuencia de transmisión heterosexual, especialmente entre las de África subsahariana. Casi la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA fueron tardíos, en todas las CCAA estudiadas y en la CAPV. Se comprueba la tendencia descendente tanto en el número de casos notificados de SIDA como en la mortalidad en todas las CCAA estudiadas.

**Conclusiones:** El aumento de los casos de VIH/SIDA transmitidos sexualmente y de los DT, pone de manifiesto la necesidad de mejorar los aspectos preventivos de la infección, tanto dentro de los servicios de salud como en los programas centrados en la comunidad.

**Palabras clave.** VIH/SIDA, Mecanismo de transmisión, Diagnóstico tardío, Comunidades Autónomas, Comunidad Autónoma del País Vasco

## 1. INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), aún constituyen uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. De ahí que su vigilancia epidemiológica tenga gran prioridad (Carnicer et al, 2011). En España La propagación inicial VIH se produjo principalmente en el colectivo de personas Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP), por el uso compartido de material de inyección y en menor medida entre los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), (De la Fuente et al, 2003). La vía de transmisión parenteral diseminó rápidamente la infección, y durante los años ochenta-noventa, España y especialmente la CAPV, tuvo la incidencia de SIDA más alta de Europa, con el pico más alto en 1994 (Castilla et al, 2000). En los años noventa, se llevaron a cabo programas de prevención eficaces que lograron producir un descenso de la infección por VIH/SIDA en el colectivo de UDVP (Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, 1997). Posteriormente, con el tratamiento de los antirretrovirales se redujo tanto la incidencia del SIDA como su mortalidad (Castilla, 2005). Sin embargo, el VIH sigue siendo un problema de salud pública de primer orden mundial.

En los países europeos en las dos últimas décadas, según los últimos estudios, el patrón epidemiológico del VIH ha cambiado y las relaciones sexuales no protegidas han pasado a convertirse en el principal mecanismo de transmisión (Carnicer-Pont et al, 2011; Díez et al, 2012). Actualmente, los países de la Unión Europea (UE), la vía predominante de transmisión del VIH/SIDA es sexual, y fundamentalmente entre los HSH, seguido del contacto heterosexual (European Centre for Disease Control, 2010; Carnicer et al, 2011). Factores relevantes que parecen haber influido en este cambio epidemiológico son, por una parte, la baja percepción de riesgo de la población respecto a la infección, debido, entre otras razones, al significado que el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad tiene actualmente, ya que la efectividad de las nuevas terapias hace que se perciba como una enfermedad crónica, lo que conlleva abandono de las medidas preventivas frente a la infección (Elford et al, 2004; Fernández de Monteyrín et al, 2012).

Otro factor, referido en la literatura, con influencia en el cambio epidemiológico de la infección por VIH/SIDA es el fenómeno migratorio (Diez et al, 2012; Fernández de Monteyrin, et al, 2012). El fenómeno migratorio ha impactado especialmente en España en las últimas dos décadas, donde en un corto espacio de tiempo la inmigración paso de representar un 2,3% a un 12,2% (algo más de seis millones en una población total de 45 millones) (Estadística de padrón continuo). Este aumento de la población inmigrante en España, ha conllevado numerosos retos, entre otros, la infección por el VIH ya que en términos relativos el peso de los contagios protagonizados por la población inmigrante ha aumentado. Esta situación, se ha relacionado con las limitaciones en la población inmigrante, para acceder tanto a las intervenciones preventivas como a la atención sanitaria debido a barreras legales, culturales, lingüísticas y socioeconómicas (Rodríguez et al, 2013). Todos los estudios coinciden en que la epidemia entre las personas inmigrantes es más joven, más femenina y más heterosexual que la epidemia autóctona y con una tendencia ascendente en el número de nuevos diagnósticos entre las personas procedentes de Latinoamérica y una estabilización entre las personas de África subsahariana (Caro-Murillo et al, 2010).

Otro de los grandes retos actuales a nivel mundial, al igual que en España, después de la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el control de la infección, se encuentra en reducir el número de los diagnósticos tardíos (DT) o retraso en el diagnóstico (Carnicer-Pont, 2011; Fernández López et al, 2011; Valles et al, 2011). La introducción del TARGA, cambia la historia natural de la infección por el VIH/SIDA, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS), sin embargo el número PVVS que desconocen su situación ha ido aumentando de forma que, en contraste con los progresos terapéuticos, los esfuerzos en lograr un diagnóstico precoz no han sido suficientes (García San Miguel, 2009). El retraso diagnóstico, según diversos estudios, es más frecuente entre los hombres que han mantenido relaciones sexuales no protegidas (Sobрино-Vegas et al, 2009) y entre las personas inmigrantes, relacionado en este caso el desconocimiento del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica, las dificultades del idioma, el miedo a la estigmatización y las ideas equivocadas

sobre la transmisión del VIH son (Delpierre et al, 2006; Wolbers M et al, 2008; Rodríguez et al, 2013; Oliva et al, 2010; De Olalla et al, 2011).

España cuenta con un Sistema Nacional de Salud, donde el acceso a TARGA y la prueba del VIH es gratuita, por lo que el retraso en el diagnóstico, tanto desde el punto de vista individual como desde una perspectiva de salud pública, suponen oportunidades perdidas a la hora de reducir la incidencia del VIH/SIDA (San Miguel et al, 2009; Oliva et al, 2010). De ahí que desde diversas sociedades científicas y clínicas se plantee un modelo de diagnóstico de VIH simplificado y universal, al igual que se hizo con la prueba rutinaria en embarazadas. (Lindsay et al, 1991; San Miguel et al; 2009).

Entrados ya en el siglo XXI, el VIH sigue siendo un problema de salud pública de primer orden mundial. Aunque en los últimos años se tienda a la percepción de que el SIDA es algo superado, las estadísticas dibujan un panorama muy diferente. Es cierto, que los avances farmacológicos permiten frenar el progreso al estadio de SIDA, pero el número de infecciones no disminuye en la medida que los progresos terapéuticos lo han hecho. Así, nos encontramos que la infección por VIH en la actualidad, supone un proceso de cronificación y normalización de la enfermedad, pero sigue teniendo un alta estigmatización.

A pesar de los avances producidos, sigue siendo necesario avanzar en el conocimiento de la situación del VIH/SIDA desde todos sus ámbitos, epidemiológico, clínico, terapéutico y especialmente los ámbitos preventivos y de promoción de la salud que un mejor abordaje de la infección y la modificación de las conductas, lo que finalmente redundará en toda la población.

## **2. HIPOTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGIA**

### **2.1. Hipótesis**

Como se ha expuesto en la introducción, los estudios señalan cambios, en los últimos años, en las vías de transmisión y en la mortalidad del VIH/SIDA. Por lo tanto, tener una visión real de la magnitud de la infección por VIH y de sus vías de transmisión, así como, de la población más vulnerable es clave para desarrollar estrategias de prevención y promoción de salud. De ahí, que este estudio se considere relevante ya que, aporta información sobre la situación epidemiológica del VIH/SIDA en las 11 CCAA que han notificado de manera regular los casos de VIH/SIDA y en la CAPV, que fue una de las comunidades más afectadas por la infección. Así en este trabajo se partió de las siguientes hipótesis:

1. Las tasas de incidencia del VIH han ido descendido en los últimos años, al contrario que las tasas de prevalencia que van aumentando.
2. El número de casos notificados de VIH y SIDA en la CAPV, sigue la misma tendencia que en el resto de las CCAA.
3. Las vías de transmisión del VIH han ido cambiando en los últimos años y actualmente el principal mecanismo de transmisión es el sexual, especialmente en el colectivo de HSH. Las razones de este cambio incluyen, las intervenciones realizadas en las personas usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP) y la llegada de un importante número de personas procedentes de países de renta baja.
4. El diagnóstico tardío, así como el diagnóstico de la enfermedad avanzada (SIDA) se mantienen en unos porcentajes elevados, aunque la prueba de diagnóstico del VIH se ofrezca de forma gratuita.
5. La mortalidad de los pacientes viviendo con el VIH, ha disminuido tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, aunque continua siendo una enfermedad que no tiene cura.

### **2. 2. Objetivos**

El objetivo general de este trabajo es describir la evolución del VIH/SIDA transmitido por vía sexual y parenteral en las 11 CCAA que han notificado regularmente su situación epidemiológica y compararla con de la CAPV.

Para la consecución de este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Describir la evolución de los nuevos diagnósticos de VIH y comparar las tasas de incidencia y prevalencia en las 11 CCAA analizadas y la CAPV.
2. Describir la evolución de las vías de transmisión sexual y parenteral en los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA en las 11CCAA y en la CAPV.
3. Identificar la evolución de los diagnósticos tardíos de VIH en la CAPV respecto al resto de las comunidades estudiadas según el lugar de origen la evolución de las vías de transmisión sexual y parenteral en los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA.
4. Identificar la evolución de los casos notificados de SIDA y de su mortalidad en la CAPV respecto al resto de las comunidades estudiadas.

### 2.3. Metodología

En este trabajo se describe la evolución de la incidencia y prevalencia del VIH y SIDA, transmitidos por vía sexual y parenteral en la CAV respecto a las 11 Comunidades Autónomas, que han notificado sus casos regularmente desde el año 2007 hasta el año 2012.

*Diseño y Fuentes de datos.* Se diseñó un estudio descriptivo transversal, a partir del análisis de fuentes de datos secundarias. Las bases de datos utilizadas han sido las siguientes:

1. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se recogieron los datos de los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA de transmisión sexual y parenteral notificados en 11 CCAA los años 2007 a 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/>
2. Mortalidad por VIH/SIDA en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se recogieron los datos de mortalidad de VIH/SIDA notificados en 11 CCAA de VIH/SIDA (2007 hasta 2012). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/>
3. Vigilancia del VIH/SIDA y mortalidad en la CAPV. Plan del Sida del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Se recogieron los datos de



todos los nuevos diagnósticos notificados en la CAPV de VIH/SIDA y su mortalidad, desde el año 2007 hasta el año 2012. Disponible en:

[http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksida05/es/contenidos/informacion/sida\\_epidemiologia/es\\_sida/epidemiologia.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksida05/es/contenidos/informacion/sida_epidemiologia/es_sida/epidemiologia.html)

4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Se utilizaron los datos de población de las CCAA desde el año 2007 hasta el año 2012. Disponible en: [http://www.ine.es/censos2011\\_datos/cen11\\_datos\\_resultados.htm](http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_resultados.htm)

*Población a estudio.* La población estudiada fueron todas las personas diagnosticadas de VIH/SIDA que había adquirido la infección por transmisión sexual o parenteral y, todas la muertes producidas por dicha enfermedad, tanto las nacidas en el estado como las inmigrantes.

*Variables.* Como variables sociodemográficas se utilizaron: el sexo y el lugar de nacimiento con cuatro categorías: Autóctonos, UE-27, Europa del Este, Magreb y América Latina. Como variables de salud se utilizaron: (a) diagnóstico de VIH; (b) diagnóstico de SIDA; (c) Diagnóstico Tardío (DT) de VIH. Éste quedó definido como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/ $\mu$ l en la primera determinación tras el diagnóstico de la infección por VIH; (d) mortalidad por VIH/SIDA. Para las variables de transmisión del VIH, se utilizaron: (a) la transmisión sexual diferenciando las categorías heterosexual y la de HSH (b) la transmisión parenteral solo en las Personas UDPV.

*Análisis de datos.* Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas utilizadas, resumidas mediante porcentajes. Se calcularon tasas (por 100.000 habitantes) de incidencia y prevalencia, de las personas diagnosticadas de VIH y SIDA, utilizando los datos del INE de cada año en de cada comunidad autónoma analizada. Las distribuciones de VIH y SIDA en hombres y mujeres fueron elaboradas a partir de los datos sobre el número de hombres y mujeres con VIH y SIDA, según la vía de transmisión y el lugar de nacimiento entre los años 2007 y el 2012. Se realizó el mismo procedimiento para los DT y la mortalidad.

### 3. RESULTADOS

Se describe a continuación la evolución de los nuevos diagnósticos, tasas de incidencia y prevalencia de VIH en las 11 CCAA que realizan la notificación de los casos de VIH y SIDA desde el año 2007 hasta el año 2013. La vía de transmisión analizada ha sido la sexual junto con los UDVP. A continuación se compara la evolución de la situación del VIH en las 11 CCAA analizadas con la del País Vasco teniendo en cuenta la vía de transmisión, el sexo y el lugar de nacimiento de las personas diagnosticadas. A continuación se realiza el análisis de la evolución de los diagnósticos tardíos de VIH en las CCAA analizadas durante el periodo estudiado y finalmente la evolución de la mortalidad.

#### 3.1. Evolución de la situación del VIH en las CCAA y en la CAPV

En la tabla 1 se recoge la evolución de los nuevos diagnósticos de VIH en las 11 CCAA analizadas, en los años 2007 a 2012. Se puede observar que para el total de las CCAA analizadas se ha producido un descenso de los nuevos diagnósticos (pasando del 16,1% en el año 2007 al 14% en el año 2012). Aunque este descenso no es homogéneo en las diferentes CCAA, ya que en las comunidades de Cataluña, Baleares, Extremadura y Galicia se incrementan los nuevos diagnósticos de VIH. En la CAPV se mantiene el porcentaje estos.

Tabla 1. *Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH en 11 CCAA (2007-2012)*

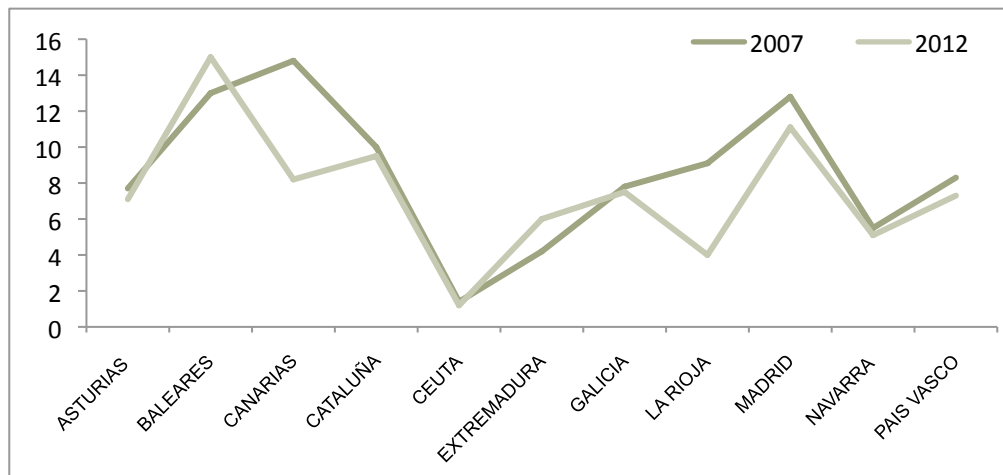
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
<b>Asturias</b>	82 (3,1)	120 (4,0)	98 (3,5)	107 (3,5)	87 (3,1)	77 (3,3)	<b>571 (3,4)</b>
<b>Baleares</b>	146 (5,5)	200 (6,7)	184 (6,6)	182 (6,0)	154 (5,5)	168 (7,2)	<b>1.034 (6,2)</b>
<b>Canarias</b>	303 (11,3)	345 (11,7)	260 (9,2)	262 (8,6)	224 (8,8)	174 (7,5)	<b>1.568 (9,5)</b>
<b>Cataluña</b>	726 (27,2)	746 (25,0)	710 (25,3)	775 (25,5)	748 (27,2)	718 (30,8)	<b>4.423 (26,7)</b>
<b>Ceuta</b>	1 (0,1)	2 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	<b>6 (0,1)</b>
<b>Extremadura</b>	45 (1,7)	48 (1,6)	43 (1,5)	41 (1,3)	58 (2,0)	66 (2,8)	<b>301 (1,8)</b>
<b>Galicia</b>	215 (8,0)	212 (7,1)	213 (7,6)	172 (5,7)	188 (6,7)	209 (9,0)	<b>1.209 (7,3)</b>
<b>La Rioja</b>	28 (1,1)	20 (0,7)	21 (0,7)	28 (0,9)	19 (0,7)	13 (0,6)	<b>129 (0,8)</b>
<b>Madrid</b>	915 (34,2)	1.059 (35,5)	1.039 (36,9)	1.240 (40,8)	1.067 (38,7)	722 (30,9)	<b>6.042 (36,4)</b>
<b>Navarra</b>	33 (1,2)	27 (0,9)	38 (1,4)	36 (1,2)	28 (1,0)	25 (1,0)	<b>187 (1,1)</b>
<b>País Vasco</b>	<b>177 (6,6)</b>	<b>200 (6,7)</b>	<b>207 (7,3)</b>	<b>194(6,4)</b>	<b>174 (6,2)</b>	<b>159 (6,8)</b>	<b>1.111 (6,7)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2.671 (16,1)</b>	<b>2.979 (18,0)</b>	<b>2.819 (17,0)</b>	<b>3.038 (18,3)</b>	<b>2.748 (16,6)</b>	<b>2.332 (14,0)</b>	<b>16.581 (100)</b>

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

La evolución de las tasas de incidencia en las CCAA estudiadas se recoge en el Gráfico 1. Se observa una disminución de las tasas de incidencia en la mayoría de las CCAA excepto en Baleares y Extremadura. En la CAPV la disminución en la incidencia del VIH también puede apreciarse.

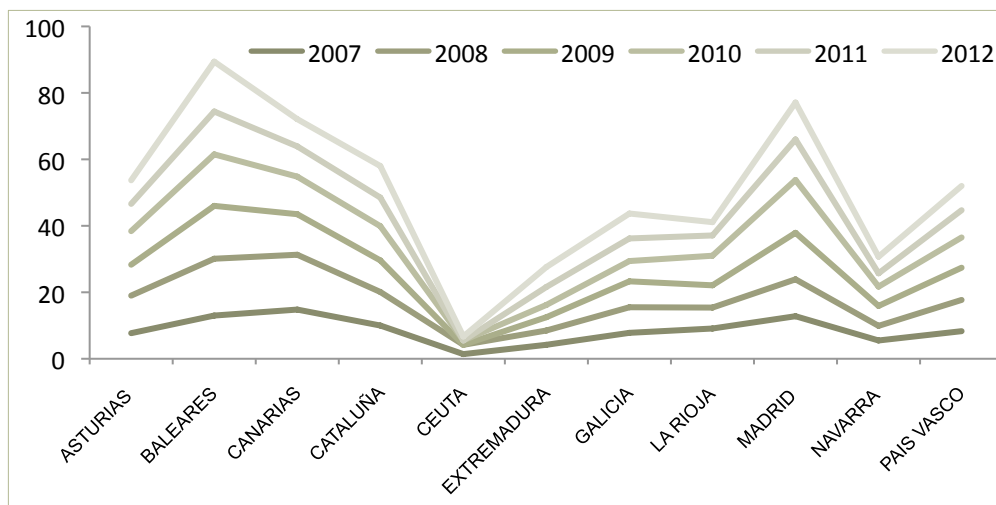
La baja mortalidad actual de la infección por VIH hace que se produzca un aumento de las tasas de prevalencia en todas las CCAA estudiadas a lo largo del periodo (Gráfico 2).

Gráfico 1. *Evolución de las tasas de incidencia (por 100.000 habitantes) de VIH en 11 CCAA (2007-2012)*



Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

Gráfico 2. *Distribución de las tasas de prevalencia VIH por 100.000 habitantes en 11 CCAA y en la CAPV 2007-2012*



Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

Si tenemos en cuenta los nuevos diagnósticos de VIH durante el periodo 2007-2012 según el sexo (Tabla 2) podemos ver, que en las 11 CCAA estudiadas, en el año 2007 el 79,1% de los nuevos diagnósticos fueron en hombres, porcentajes que aumentan con el paso de los años (del 79,1% en el 2007, al 86,4% en 2012). Sin embargo, los nuevos diagnósticos en las mujeres siguen un patrón descendente (pasando del 20,9% en el año 2007, al 13,6% en el año 2012). De igual forma, en la CAPV los nuevos diagnósticos de VIH en el año 2007 fueron más numerosos en hombres (75,2%) y en su evolución se aprecia un aumento en los nuevos diagnósticos de VIH (pasando del 69,4% en el año 2007, al 82,0% en el año 2012) así como una disminución en las mujeres (pasando del 30,6% en el año 2007, al 24,8% en el año 2012).

Tabla 2. *Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH en 11 CCAA y en la CAPV, por sexo (2007-2012)*

	CCAA11			País Vasco		
	Hombre	Mujer	TOTAL	Hombre	Mujer	TOTAL
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
2007	2.113 (79,1)	558 (20,9)	<b>2.671 (100)</b>	120 (69,4)	57 (30,6)	<b>173 (100)</b>
2008	2.364 (79,3)	616 (20,7)	<b>2.980 (100)</b>	143 (71,9)	56 (28,1)	<b>199 (100)</b>
2009	2.267 (80,4)	552 (19,6)	<b>2.819 (100)</b>	156 (75,4)	51 (24,6)	<b>207 (100)</b>
2010	2.521 (83,0)	518 (17,0)	<b>3.039 (100)</b>	136 (76,0)	43 (24,0)	<b>179 (100)</b>
2011	2.299 (83,6)	451 (16,4)	<b>2.750 (100)</b>	135 (77,6)	39 (22,4)	<b>174 (100)</b>
2012	2.021 (86,4)	319 (13,6)	<b>2.340 (100)</b>	132 (82,0)	29 (18,0)	<b>161 (100)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13.585 (81,9)</b>	<b>3.014 (18,1)</b>	<b>16.599 (100)</b>	<b>822 (75,2)</b>	<b>275 (24,8)</b>	<b>1.093 (100)</b>

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

Si tenemos en cuenta los nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2007-2012 según la vía de transmisión (Tabla 3) en las 11 CCAA estudiadas, se observa que más del 90% de los nuevos diagnósticos se produjeron por transmisión sexual. Dentro de la transmisión sexual, más del 50% de los casos fueron entre HSH. También podemos observar que, en el periodo estudiado, los nuevos diagnósticos de transmisión sexual entre las personas heterosexuales han ido disminuyendo, tanto en hombres como en mujeres, mientras que ha ido aumentando entre los HSH (pasando del 48,5% en el año 2007 al 53,1% en el año 2012). La transmisión parenteral, en personas UDVP fue en origen del 6,4% de los nuevos diagnósticos en los hombres y del 1,5% en las mujeres. Se puede

observar una disminución de los nuevos diagnósticos a lo largo de los años, tanto en hombres (pasando del 8,3% en el año 2007, al 4,7% en el año 2012) como en mujeres (pasando del 2,0% en el año 2007, al 0,7% en el año 2012).

Los nuevos diagnósticos según la vía de transmisión sigue la misma tendencia en la CAPV es decir, la mayoría de los nuevos diagnósticos son transmitidos por vía sexual. Sin embargo podemos apreciar que en la CAPV, la transmisión entre los hombres heterosexuales casi duplica a las CCAA estudiadas. A lo largo de los años también se aprecia, en la CAPV, un descenso en los nuevos diagnósticos por vía heterosexual y un aumento en la vía de transmisión HSH, (pasando del 32,0% en el año 2007, al 53,0% en el año 2012).

Tabla 3. Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH en 11 CCAA y en la CAPV, por vía de transmisión y sexo (2007-2012)

11 CCAA						
	Sexual			Parenteral		TOTAL N (%)
	Heterosexual		HSH	UDVP		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	
<b>2007</b>	541 (21,8)	481 (19,4)	1.201 (48,5)	205 (8,3)	50 (2,0)	<b>2.478 (16,3)</b>
<b>2008</b>	569 (20,9)	523 (19,2)	1.397 (51,3)	184 (6,8)	48 (1,8)	<b>2.721 (18,0)</b>
<b>2009</b>	501 (19,5)	458 (17,9)	1.375 (53,6)	189 (7,4)	42 (1,6)	<b>2.565 (16,9)</b>
<b>2010</b>	503 (18,3)	430 (15,6)	1.627 (59,1)	154 (5,6)	37(1,4)	<b>2.751 (18,1)</b>
<b>2011</b>	423 (16,8)	381 (15,1)	1.555 (61,7)	134 (5,3)	28 (1,1)	<b>2.521 (16,6)</b>
<b>2012</b>	391 (18,3)	277 (13,0)	1.351 (63,3)	101 (4,7)	5 (0,7)	<b>2.125 (14,1)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2.928 (19,3)</b>	<b>2.550 (16,8)</b>	<b>8.506 (56,1)</b>	<b>967 (6,4)</b>	<b>210 (1,4)</b>	<b>15.161(100)</b>

PAIS VASCO						
	Sexual			Parenteral		TOTAL N (%)
	Heterosexual		HSH	UDVP		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	
<b>2007</b>	57 (32,2)	46 (26,0)	57 (32,2)	16 (9,0)	1 (0,6)	<b>177 (17,5)</b>
<b>2008</b>	55 (30,2)	47 (25,8)	62 (34,1)	16 (8,9)	2 (1,0)	<b>182 (18,0)</b>
<b>2009</b>	57 (30,7)	42 (22,6)	69 (37,1)	16 (8,5)	2 (1,1)	<b>186 (18,3)</b>
<b>2010</b>	43 (26,7)	35 (21,7)	74 (46,0)	9 (5,6)		<b>161 (15,8)</b>
<b>2011</b>	42 (26,3)	33 (20,6)	73 (45,6)	11 (6,9)	1 (0,6)	<b>160 (15,7)</b>
<b>2012</b>	33 (22,2)	26 (17,5)	79 (53,0)	9 (6,0)	2 (1,3)	<b>149 (14,7)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>350 (34,5)</b>	<b>183 (18,0)</b>	<b>414 (40,8)</b>	<b>61 (6,0)</b>	<b>7 (0,7)</b>	<b>1.015(100)</b>

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

Si tenemos en cuenta los nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2007-2012 según el lugar de origen (Tabla 4), podemos observar que mayoritariamente éstos se producen entre las personas autóctonas, seguidos de las nacidas en América Latina y en África subsahariana. Este fenómeno se da a nivel estatal, sin embargo en la CAPV los nuevos diagnósticos en las personas procedentes de África Subsahariana superan a los de América Latina.

Tabla 4. *Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH en 11 CCAA y en la CAPV, por lugar de nacimiento (2007-2012)*

CCAA							
	España	UE-27	Europa Este	África Sub-Sahariana	Magreb	América Latina	TOTAL (%)
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
<b>2007</b>	1.621 (61,2)	116 (4,4)	64 (2,4)	284 (10,7)	28 (1,1)	535 (20,2)	<b>2.648 (16,1)</b>
<b>2008</b>	1.747 (59,2)	151 (5,1)	104 (3,5)	303 (10,3)	28 (1)	617 (20,9)	<b>2.950 (17,9)</b>
<b>2009</b>	1.688 (60,6)	114 (4,1)	93 (3,3)	250 (9,0)	34 (1,2)	608 (21,8)	<b>2.787 (17,0)</b>
<b>2010</b>	1.800 (59,7)	140 (4,7)	96 (3,2)	232 (7,6)	36 (1,2)	710 (23,6)	<b>3.014 (18,3)</b>
<b>2011</b>	1.683 (61,8)	125 (4,6)	92 (3,4)	173 (6,4)	30 (1,1)	619 (22,7)	<b>2.722 (16,6)</b>
<b>2012</b>	1.497 (64,8)	116 (5,0)	74 (3,2)	133 (5,8)	35 (1,5)	456 (19,7)	<b>2.311 (14,1)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10.036 (61,1)</b>	<b>762 (4,6)</b>	<b>523 (3,2)</b>	<b>1.375 (8,4)</b>	<b>191 (1,1)</b>	<b>3.545 (21,6)</b>	<b>16.432 (100)</b>

PAIS VASCO							
	CAPV	UE-27	Europa Este	África Sub-Sahariana	Magreb	América Latina	TOTAL (%)
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
<b>2007</b>	173 (70,3)	5 (2,0)	3 (1,2)	37 (15,0)	3 (1,2)	25 (10,3)	<b>246 (19,2)</b>
<b>2008</b>	199 (72,9)	5 (1,8)	4 (1,5)	36 (13,2)	3 (1,1)	26 (9,5)	<b>273 (21,3)</b>
<b>2009</b>	207 (74,5)	5 (1,8)	3 (1,1)	25 (9,0)	3 (1,1)	35 (12,5)	<b>278 (21,6)</b>
<b>2010</b>	105 (62,9)	3 (1,8)	1 (0,6)	22 (13,2)	3 (1,8)	33 (19,7)	<b>167 (13,0)</b>
<b>2011</b>	97 (61,0)	3 (1,9)	4 (2,5)	28 (17,6)	1 (0,6)	26 (16,4)	<b>159 (12,4)</b>
<b>2012</b>	110 (68,3)	4 (2,5)	3 (1,9)	24 (14,9)	2 (1,2)	18 (11,2)	<b>161 (12,5)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>891 (69,1)</b>	<b>25 (2,3)</b>	<b>18 (1,4)</b>	<b>172 (13,3)</b>	<b>15 (1,2)</b>	<b>163 (12,7)</b>	<b>1.284 (100)</b>

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

En las 11 CCAA a estudio, el 61,1% de los nuevos diagnósticos de VIH, fueron en personas nacidas en el Estado, el 21,6% en las procedentes de América Latina y el 8,4% de África subsahariana. A lo largo del periodo estudiado los nuevos diagnósticos, según el lugar de procedencia se mantienen bastante constantes, excepto entre las personas procedentes de África subsahariana que descienden (pasando del 10,7% en el año 2007, al 5,8% en el año 2012).

En la CAPV, el 69,1% de los nuevos diagnósticos de VIH fueron en personas nacidas en la comunidad, seguido de las nacidas de África subsahariana (13,3%) y de las de América Latina (12,7%). En la CAPV se aprecian pocos cambios en la evolución de nuevos diagnósticos de VIH respecto al lugar de nacimiento.

Si tenemos en cuenta los nuevos diagnósticos de VIH por transmisión heterosexual en el periodo 2007-2012 en las 11 CCAA, según el lugar de nacimiento (Tabla 5), se observa que más de la mitad de los nuevos diagnósticos se producen entre las personas nacidas en España (53,8%), seguido de los procedentes de América Latina (19,9%) y África subsahariana (18%).

Tabla 5. *Evolución de los nuevos diagnósticos de VIH en 11 CCAA y en la CAPV transmitidos por vía heterosexual, por lugar de nacimiento (2007-2012)*

CCAA							
	España	UE-27	Europa Este	África Sub-Sahariana	Magreb	América Latina	TOTAL (%)
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
<b>2007</b>	457 (56,3)	13 (1,6)	32 (3,9)	130 (16,0)	15 (1,9)	165 (20,3)	<b>812 (15,4)</b>
<b>2008</b>	465 (56,8)	12 (1,5)	27 (3,3)	132 (16,1)	14 (1,7)	169 (20,6)	<b>819 (15,5)</b>
<b>2009</b>	476 (54,3)	15 (1,7)	31 (3,5)	153 (17,5)	23 (2,6)	179 (20,4)	<b>877 (16,7)</b>
<b>2010</b>	485 (50,7)	16 (1,7)	40 (4,2)	196 (20,5)	25 (2,6)	194 (20,3)	<b>956 (18,1)</b>
<b>2011</b>	442 (52,6)	17 (2,0)	28 (3,3)	171 (20,3)	17 (2,0)	166 (19,8)	<b>841 (15,9)</b>
<b>2012</b>	511 (52,7)	35 (3,6)	50 (5,2)	169 (17,3)	26 (2,7)	179 (18,5)	<b>970 (18,4)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2.836 (53,8)</b>	<b>108 (2,1)</b>	<b>208 (3,9)</b>	<b>951 (18,0)</b>	<b>120 (2,3)</b>	<b>1.052 (19,9)</b>	<b>5.275 (100)</b>
PAIS VASCO							
	CAPV	UE-27	Europa Este	África Sub-Sahariana	Magreb	América Latina	TOTAL (%)
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
<b>2007</b>	135 (71,1)	3 (1,6)	1 (0,5)	26 (13,7)	2 (1,0)	23 (12,1)	<b>190 (19,8)</b>
<b>2008</b>	142 (71,4)	3 (1,4)	2 (1,0)	25 (12,6)	2 (1,0)	25 (12,6)	<b>199 (20,8)</b>
<b>2009</b>	153 (72,5)	3 (1,4)	1 (0,5)	23 (10,9)	1 (0,5)	30 (14,2)	<b>211 (21,9)</b>
<b>2010</b>	75 (62,0)	1 (0,8)	0 (0,0)	15 (12,4)	1 (0,8)	29 (24,0)	<b>121 (12,5)</b>
<b>2011</b>	83 (68,6)	1 (0,8)	2 (1,7)	15 (12,4)	1 (0,8)	19 (15,7)	<b>121 (12,5)</b>
<b>2012</b>	92 (76,0)	2 (1,7)	1 (0,8)	15 (12,4)	1 (0,8)	10 (8,3)	<b>121 (12,5)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>680 (70,6)</b>	<b>13 (1,4)</b>	<b>7 (0,7)</b>	<b>119 (12,4)</b>	<b>8 (0,8)</b>	<b>136 (14,1)</b>	<b>963 (100)</b>

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

Con respecto a la evolución a lo largo del periodo analizado, se observan un descenso en los diagnósticos en las personas autóctonas (de 56,3% en 2007 a 52,7% en 2012) y en las originarias de América Latina (20,3% en 2007 a 18,5% en 2012). No obstante, se aprecia un incremento en los nuevos diagnósticos de

VIH de transmisión heterosexual entre las personas procedentes de África subsahariana (del 16% en 2007 al 17,3% en 2012), así como entre las procedentes de Europa (tanto de las de EU-27 como de la Europa del Este) y del Magreb. Cabe destacar que más del 60% de los nuevos diagnósticos en las personas procedentes de África subsahariana son de transmisión heterosexual (951 de un total de 1.375).

En la CAPV los nuevos diagnósticos de VIH por transmisión heterosexual, en el periodo estudiado, se producen mayoritariamente entre los autóctonos (70,6%), seguido de América Latina (14,1%) y África subsahariana (12,4%). La evolución de los nuevos diagnósticos las personas nacidas en la CAPV, fue en aumento (del 71,1% en 2007 al 76% en 2012); mientras que entre las personas procedentes de América Latina y África subsahariana disminuyeron (del 12,1% al 8,3% y del 13,7% al 12,4% respectivamente). Se debe destacar que la vía de transmisión heterosexual en la CAPV es la principal vía de transmisión en las personas originarias África Subsahariana (119 frente 172).

### 3.2. Evolución de los diagnósticos tardíos de VIH en las CCAA y en la CAPV

En la tabla 6 se recoge la evolución de los Diagnósticos Tardíos (DT) de VIH en 11 CCAA en los años 2007 a 2012. Se puede observar un descenso en todas, excepto en las de Baleares que, a lo largo del periodo estudiado, se produce un aumento. En el País Vasco se observa un descenso en 2008 y 2009 en los DT, aunque en los dos siguientes años aumentan. En 2012 sufre un ligero descenso respecto al año anterior.

Tabla 6. Evolución de los diagnósticos tardíos de VIH en 11 CCAA y en la CAPV

	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	TOTAL (%)
<b>Asturias</b>	49 (3,8)	65 (4,6)	46 (3,6)	48 (3,4)	44 (3,3)	39 (3,7)	<b>291 (3,8)</b>
<b>Baleares</b>	79 (6,1)	108 (7,7)	99 (7,8)	98 (7,0)	83 (6,3)	90 (8,5)	<b>557 (7,2)</b>
<b>Canarias</b>	151 (11,8)	182 (12,9)	135 (10,6)	136 (9,7)	113 (8,6)	87 (8,2)	<b>804 (10,4)</b>
<b>Cataluña</b>	355 (27,7)	373 (26,5)	362 (28,3)	380 (27,2)	366 (27,7)	344 (32,3)	<b>2.180 (28,1)</b>
<b>Ceuta</b>	0 (0,0)	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>1 (0,1)</b>
<b>Extremadura</b>	21 (1,6)	22 (1,6)	19 (1,5)	20 (1,4)	13 (1,0)	9 (0,8)	<b>104 (1,3)</b>
<b>Galicia</b>	103 (8,1)	101 (7,2)	105 (8,2)	110 (7,9)	116 (8,7)	95 (8,9)	<b>630 (8,1)</b>
<b>La Rioja</b>	5 (0,4)	7 (0,5)	6 (0,5)	7 (0,5)	5 (0,4)	4 (0,4)	<b>34 (0,4)</b>
<b>Madrid</b>	423 (33,0)	498 (35,3)	467 (36,6)	510 (36,5)	492 (37,3)	315 (29,6)	<b>2.705 (34,9)</b>
<b>Navarra</b>	13 (1,0)	10 (0,7)	16 (1,3)	12 (0,9)	9 (0,7)	7 (0,7)	<b>67 (0,9)</b>
<b>País Vasco</b>	83 (6,5)	41 (2,9)	22 (1,6)	77 (5,5)	79 (6,0)	74 (6,9)	<b>376 (4,8)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.282 (16,5)</b>	<b>1.408 (18,2)</b>	<b>1.277 (16,5)</b>	<b>1.398 (18,0)</b>	<b>1.320 (17,2)</b>	<b>1.064 (13,6)</b>	<b>7.749 (100)</b>

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA



En todas las CCAA estudiadas, en el periodo analizado, se aprecian cifras muy elevadas de DT con respecto al número de nuevos diagnósticos por VIH. Así pues, en el periodo del 2007 al 2012 en las 11 CCAA se notificaron un total de 16.581 nuevos diagnósticos de VIH (Tabla 1), de los cuales 7.750 (Tabla 6) fueron diagnosticados como tardíos. Esto hace que el 46,7% de los nuevos diagnósticos de VIH en dicho periodo de tiempo y en las 11 CCAA, fuesen DT.

En la CAPV se percibió un descenso de los DT de VIH en los años 2008-2009; no obstante, en el año 2010 sufrió un incremento de 22 a 77 respecto al año anterior. Esta cifra aumentó ligeramente en el siguiente año. Finalmente en el año 2012 disminuyó, registrando en un 46,5% (74/159) los DT de VIH con respecto a los nuevos diagnósticos de VIH en ese mismo año (Tabla 1).

Si tenemos en cuenta los DT de VIH, por vía de transmisión y sexo, en el periodo 2007-2012 (Tabla 7), se observa que en las CCAA estudiadas, más del 90% de los casos los DT se producen por relaciones sexuales (el 48,4% en relaciones heterosexuales y el 42,8% entre los HSH). Igualmente puede apreciarse que los DT se dan en mayores porcentajes en hombres. Además los DT han ido aumentando entre los HSH en el periodo estudiado (pasando del 37% en el año 2007, al 44% en el año 2012). Sin embargo, los DT entre las personas UDVP han ido disminuyendo, en hombres y mujeres en el periodo estudiado.

**Tabla 7. Evolución de los diagnósticos tardíos de VIH en 11 CCAA y en la CAPV, por vía de transmisión y sexo (2007-2012)**

	11 CCAA					TOTAL (%)
	Sexual		Parenteral			
	Heterosexual		HSH	UDPV		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	
2007	169 (29,1)	123 (21,1)	215 (37,0)	65 (11,2)	9 (1,6)	581 (11,6)
2008	189 (33,1)	133 (23,3)	190 (33,3)	49 (8,6)	10 (1,7)	571 (11,4)
2009	214 (28,7)	150 (20,2)	320 (43,0)	51 (6,9)	9 (1,2)	744 (14,9)
2010	282 (28,8)	184 (18,8)	429 (43,9)	70 (7,2)	13 (1,3)	978 (19,6)
2011	253 (24,5)	206 (19,9)	506 (48,9)	59 (5,7)	10 (1,0)	1.034 (20,7)
2012	294 (27,2)	220 (20,3)	476 (44,0)	79 (7,3)	13 (1,2)	1.082 (21,8)
<b>TOTAL</b>	<b>1.401 (28,0)</b>	<b>1.016 (20,4)</b>	<b>2.136 (42,8)</b>	<b>373 (7,5)</b>	<b>64 (1,3)</b>	<b>4.990 (100)</b>

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

### 3.3. Evolución de los casos notificados de SIDA y de la mortalidad en las CCAA y en la CAPV

Se describe a continuación la evolución de los casos de SIDA en 11 Comunidades Autónomas y en el País Vasco (Tabla 8). En las CCAA a estudio existe una tendencia descendente en el número de casos notificados de SIDA. Tan sólo Baleares, Madrid y Extremadura presentan una cifra superior en el año 2012 respecto al 2007. En la CAPV, los casos de SIDA se encuentran en un lento pero continuo descenso, habiendo disminuido el número de casos de 43 a 25 del 2007 al 2012.

Tabla 8. Evolución de los casos de SIDA en 11 CCAA y en la CAPV

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
<b>Asturias</b>	20 (2,1)	17 (1,9)	28 (4,0)	25 (3,6)	22 (3,2)	19 (3,0)	<b>131</b> (2,9)
<b>Baleares</b>	56 (5,8)	60 (6,7)	49 (6,9)	31 (4,5)	55 (8,1)	83 (13,3)	<b>334</b> (7,3)
<b>Canarias</b>	69 (7,1)	54 (6,0)	49 (6,9)	57 (8,3)	40 (5,9)	54 (8,6)	<b>323</b> (7,1)
<b>Cataluña</b>	296 (30,6)	262 (29,3)	225 (31,8)	184 (26,7)	165 (24,3)	103 (16,5)	<b>1235</b> (27,1)
<b>Ceuta</b>	6 (0,6)	3 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<b>9</b> (0,2)
<b>Extremadura</b>	10 (1,0)	9 (1,0)	5 (0,7)	37 (5,4)	30 (4,4)	27 (4,3)	<b>118</b> (2,6)
<b>Galicia</b>	98 (10,1)	82 (9,3)	78 (11,3)	57 (8,3)	50 (7,4)	53 (8,5)	<b>418</b> (9,2)
<b>La Rioja</b>	9 (0,9)	21 (2,4)	20 (2,8)	11 (1,6)	6 (0,9)	7 (1,1)	<b>74</b> (1,6)
<b>Madrid</b>	343 (35,5)	324 (36,2)	214 (30,3)	252 (36,5)	267 (39,4)	248 (39,6)	<b>1648</b> (36,1)
<b>Navarra</b>	16 (1,8)	20 (2,2)	9 (1,3)	8 (1,1)	10 (1,5)	7 (1,1)	<b>70</b> (1,5)
<b>País Vasco</b>	<b>43</b> (4,5)	<b>42</b> (4,7)	<b>30</b> (4,0)	<b>28</b> (4,0)	<b>33</b> (4,9)	<b>25</b> (4,0)	<b>201</b> (4,4)
<b>TOTAL</b>	<b>966</b> (21,2)	<b>894</b> (19,6)	<b>707</b> (15,5)	<b>690</b> (15,1)	<b>678</b> (14,9)	<b>626</b> (13,7)	<b>4.561</b> (100)

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

Si tenemos en cuenta la evolución en los casos notificados de SIDA, en las CCAA a estudio, según vía de transmisión y sexo, (Tabla 9) se observa, que la transmisión sexual es la más frecuente. Además, se observa que el 77,2% de los diagnósticos se da en los hombres, aunque, la evolución de los casos no ha sido igual en todos. Así por categoría de transmisión los casos notificados entre los UDVP descendieron (pasando del 37,1% en el año 2007, al 22,2% en el año 2012), los casos notificados en HSH aumentaron (pasando del 20,5% en el año 2007, al 34,6% en el año 2012) y se mantuvieron constantes entre los de transmisión heterosexual. Entre las mujeres aumentaron los casos de SIDA transmitidos por relaciones heterosexuales (pasando del 12,9% en el año 2007, al 18,9% en el año 2012) y disminuyeron entre las mujeres UDVP (pasando del 8,9% en el año 2007, al 4,3% en el año 2012).

En la CAPV, también, la transmisión sexual es la más frecuente y el mayor número de casos notificados de SIDA se da en los hombres (74%). También por categoría de transmisión, entre los hombres, disminuyeron los casos entre los UDVP (pasando del 26,3% en el año 2007, al 22% en el año 2012) y aumentaron los casos entre los HSH (pasando del 15,8% en el año 2007, al 36,6% en el año 2012), sin embargo los transmitidos por relaciones heterosexuales aumentaron hasta el año 2011 (pasando del 29% en el año 2007, al 34,6% en el año 2011) sufriendo un descenso considerable en el 2012 (19,5%). Entre las mujeres disminuyeron los casos de SIDA, tanto los transmitidos por relaciones heterosexuales como los transmitidos por vía parenteral.

Tabla 9. Evolución de los casos notificados de SIDA en 11 CCAA y en la CAPV, por vía de transmisión y sexo (2007-2012)

11 CCAA						
	Sexual			Parenteral		TOTAL (%)
	Heterosexual		HSH	UDPV		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	
2007	298 (20,6)	187 (12,9)	297 (20,5)	535 (37,1)	129 (8,9)	1.446 (21,6)
2008	297 (21,6)	228 (16,6)	318 (23,1)	430 (31,3)	103 (7,4)	1.376 (20,5)
2009	284 (23,0)	197 (16,0)	310 (25,1)	353 (28,6)	89 (7,3)	1.233 (18,4)
2010	220 (21,3)	163 (15,8)	325 (31,5)	249 (24,1)	76 (7,3)	1.033 (15,5)
2011	184 (20,4)	143 (15,8)	299 (33,1)	226 (25,0)	51 (5,7)	903 (13,5)
2012	141 (20,0)	133 (18,9)	244 (34,6)	156 (22,2)	30 (4,3)	704 (10,5)
<b>TOTAL</b>	<b>1.424 (21,3)</b>	<b>1.051 (15,7)</b>	<b>1.793 (26,8)</b>	<b>1.949 (29,1)</b>	<b>478 (7,1)</b>	6.695 (100)
CAPV						
	Sexual			Parenteral		TOTAL (%)
	Heterosexual		HSH	UDI		
	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	
2007	22 (29,0)	13 (17,1)	12 (15,8)	20 (26,3)	9 (11,8)	76 (22,7)
2008	22 (34,4)	10 (15,6)	11 (17,2)	15 (23,4)	6 (9,4)	64 (19,1)
2009	15 (32,6)	8 (17,4)	8 (17,4)	10 (21,7)	5 (10,9)	46 (13,7)
2010	18 (33,9)	9 (17,0)	11 (20,7)	10 (19,0)	5 (9,4)	53 (15,8)
2011	19 (34,6)	7 (12,7)	11 (20,0)	12 (21,8)	6 (10,9)	55 (16,4)
2012	8 (19,5)	5 (12,2)	15 (36,6)	9 (22,0)	4 (9,7)	41 (12,3)
<b>TOTAL</b>	<b>104 (31,1)</b>	<b>52 (15,5)</b>	<b>68 (20,3)</b>	<b>76 (22,6)</b>	<b>35 (10,5)</b>	335 (100)

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SID

Si tenemos en cuenta la evolución de la mortalidad por SIDA, en el periodo 2007 al 2012 (Tabla 10) se observa que, en general, el número de muertes por esta causa mantiene una tendencia descendente en las CCAA analizadas. En la

CAPV se aprecia un notable descenso en las muertes por SIDA, con una reducción en ellas de más del 50% en el periodo analizado.

*Tabla 10. Evolución de las muertes por SIDA en en 11 CCAA y en la CAPV*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
<b>Asturias</b>	27 (3,9)	35 (5,5)	20 (3,6)	29 (5,5)	28 (6,0)	17 (3,9)	<b>156</b> (4,7)
<b>Baleares</b>	37 (5,4)	50 (7,9)	20 (3,6)	17 (3,2)	18 (3,9)	16 (3,7)	<b>158</b> (4,8)
<b>Canarias</b>	53 (7,7)	67 (10,7)	41 (7,4)	37 (7,0)	40 (8,6)	57 (13,2)	<b>295</b> (9,0)
<b>Cataluña</b>	180 (26,3)	138 (21,9)	135 (24,5)	149 (28,3)	151 (32,6)	111 (25,7)	<b>864</b> (26,3)
<b>Ceuta</b>	4 (0,6)	4 (0,6)	2 (0,3)	6 (1,2)	4 (0,8)	0 (0,0)	<b>20</b> (0,6)
<b>Extremadura</b>	20 (2,9)	20 (3,1)	22 (4,0)	14 (2,7)	11 (2,4)	20 (4,6)	<b>107</b> (3,3)
<b>Galicia</b>	92 (13,5)	65 (10,3)	64 (11,6)	54 (10,3)	47 (10,1)	57 (13,2)	<b>379</b> (11,5)
<b>La Rioja</b>	10 (1,5)	7 (1,1)	6 (0,8)	6 (1,2)	4 (0,8)	4 (0,9)	<b>37</b> (1,1)
<b>Madrid</b>	173 (25,3)	171 (27,0)	169 (30,7)	157 (29,8)	112 (24,1)	107 (24,8)	<b>889</b> (27,0)
<b>Navarra</b>	7 (1,0)	12 (1,9)	10 (1,8)	12 (2,3)	7 (1,5)	8 (1,9)	<b>56</b> (1,7)
<b>País Vasco</b>	<b>81</b> (11,9)	<b>63</b> (10,0)	<b>61</b> (11,7)	<b>45</b> (8,5)	<b>43</b> (9,2)	<b>35</b> (8,1)	<b>328</b> (10,0)
<b>TOTAL</b>	<b>684</b> (20,8)	<b>632</b> (19,2)	<b>550</b> (16,7)	<b>526</b> (16,1)	<b>465</b> (14,1)	<b>432</b> (13,1)	<b>3.289</b> (100)

Fuente: elaboración propia a partir de registros nacionales y autonómicos de VIH/SIDA

#### 4. DISCUSIÓN

El presente trabajo describe la evolución del VIH/SIDA transmitida por vía sexual y parenteral en las 11 CCAA, que han notificado regularmente su situación epidemiológica desde el año 2007, y su comparación con la CAPV. Se ha podido comprobar que los nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2007 al 2012, en general, ha disminuido, al igual que lo han hecho las tasas de incidencia. También se ha comprobado que la principal vía de transmisión es la sexual y que los nuevos diagnósticos se producen mayoritariamente entre las personas autóctonas, tanto en las comunidades analizadas, como en el CAPV. Se aprecian, igualmente, cifras muy elevadas de DT con respecto al número de nuevos diagnósticos por VIH, fenómeno observado tanto en la CAPV como en el resto de las CCAA. En general, se ha observado una tendencia descendente en el número de casos notificados de SIDA y en la mortalidad por esta causa, en todas las CCAA estudiadas.

La disminución de los nuevos diagnósticos de VIH en las CCAA que notifican los casos de VIH/SIDA de manera regular encontrada en este estudio, coincide con lo recogido por Diez et al., (2012). En su estudio, utilizan también las notificaciones de los casos que hacen las diferentes CCAA del estado y refieren, al igual que en este estudio, que la mayoría de las personas diagnosticadas de VIH son hombres, y que mayoritariamente la transmisión de la infección se había producido como consecuencia de las relaciones sexuales de riesgo. En este estudio, el hallazgo de que la principal vía de transmisión de la infección por VIH sea la sexual y dentro de esta, que el mayor porcentaje de casos se produzca entre el colectivo de HSH, confirma el cambio en la vías de transmisión del VIH, que ha pasado de ser la parenteral, a la sexual, tanto en la CAPV como en el Estado. Esta nueva situación también ha sido referida otro estudio (De la Fuente et al, 2003), que recogen un progresivo y constante descenso en los casos notificado de VIH en las personas UDPV. La literatura científica recoge como causas del descenso de los casos de VIH entre las personas UDPV los esfuerzos llevados a cabo desde las administraciones públicas para prevenir la expansión de la epidemia en este colectivo con programas específicos como los de intercambio de jeringuillas y preservativos y la puesta en marcha de salas de inyección seguras (Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, 1997).

El hecho de que en los últimos años, este aumentando el número de casos de VIH entre los HSH, está relacionado con factores de riesgo sexual, entre los que se incluyen el sexo sin protección y las infecciones de transmisión sexual (Folch et al, 2009). Creemos, al igual que otros autores (Eaton y Kalichma, 2007; Martín Fernández; 2009), que este cambio hacia un comportamiento sexual no seguro, puede ser explicado por la sensación de seguridad y optimismo que se ofrece en el discurso actual del SIDA, debido a los avances conseguidos en la lucha contra la enfermedad y los medios que actualmente se publicitan para evitar la infección, como es el preservativo, la profilaxis pre y post-exposición, los microbicidas o tratamientos antirretrovirales. Otros autores, también suman a las razones anteriores los encuentros sexuales múltiples y simultáneos, más frecuentes en este colectivo, acompañados del uso de alcohol y drogas ilegales que conllevan desinhibición y la euforia y, por lo tanto, contribuyen a los comportamientos sexuales no seguros (Elford et al, 2004; Fernández de Monteyrín et al, 2012).

Otro de los resultados relevantes de este estudio sobre la nueva configuración de la epidemiología de la transmisión del VIH, es el impacto que ha tenido la inmigración, específicamente en el contagio entre heterosexual que coincide con lo recogido en otros estudios (Caro-Murillo et al, 2010; Díez et al, 2012). Así mientras la principal vía de transmisión entre las personas autóctonas fue el colectivo de HSH, entre las personas inmigrantes la principal vía fue la heterosexual, especialmente las personas procedentes de África subsahariana mientras que entre las procedentes de América latina la transmisión entre HSH es tanta o más frecuente que entre heterosexuales (Caro Murillo et al., 2010). En España, la inmigración es un fenómeno reciente y tiene como características diferenciales, respecto a los países europeos, que su incremento se produjo en un corto espacio de tiempo y que hay mayor variedad de países de procedencia. Respecto a la infección por el VIH, según el lugar de nacimiento, es este estudio se ha podido comprobar que el mayor número de casos notificados se produce en las personas autóctonas, seguido de las personas nacidas en Latinoamérica y África subsahariana. En la Unión Europea (UE), dentro de las personas inmigrantes el mayor número de casos notificados se produce en las subsaharianas (Oliva et al., 2010), dato que hemos podido observar en la CAPV, mientras que para el resto de las CCAA, el mayor número de casos entre

las inmigrantes estuvo en los procedentes de América Latina, resultado coincidente con la literatura (Caro Murillo, 2010).

En este estudio se ha podido comprobar que entre el 40% y el 50% de los nuevos diagnósticos de VIH se diagnostican de forma tardía, resultados que coinciden con lo referido en la literatura en España (Fernández López et al, 2011; Carnicer-Pont, 2011; Valles et al, 2011). Está ampliamente aceptado que el retraso diagnóstico tiene consecuencias negativas, tanto para la persona como para la comunidad. Por un lado, las personas que viven con el VIH (PVVS) con un estadio avanzado de inmunosupresión presentan peor respuesta al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y tienen mayor riesgo de presentar sida o muerte (Jaén Esteve et al, 2008). Por otro lado, desde la perspectiva de salud pública, la probabilidad de transmitir la infección por el VIH es mayor cuanto más tiempo se permanece sin conocer el estado de infección, al no adoptar comportamientos de menor riesgo y al no recibir los beneficios de iniciar TARGA de forma temprana (García San Miguel et al, 2009). De ahí que, conseguir reducir el tiempo que transcurre entre la infección y el diagnóstico de VIH/SIDA es una prioridad de todos los programas de prevención (European Centre for Disease Prevention and Control, 2010; Oliva et al, 2010). Promover un diagnóstico temprano es clave para el control de la pandemia por el VIH. En España la atención primaria representa una excelente oportunidad para el diagnóstico precoz. No obstante, los estudios sobre la promoción de la prueba del VIH a este nivel, son escasos (García San Miguel et al, 2009). Por otra parte, en este estudio se ha comprobado que el retraso diagnóstico era mayor en los hombres que habían contraído la infección por relaciones sexuales no protegidas, resultados coincidentes con lo referido en la literatura (Sobrino-Vegas et al, 2009). Diversos estudios tanto del ámbito nacional (Oliva et al, 2010; De Olalla et al, 2011) como internacional (Wolbers et al, 2008; Delpierre et al, 2006) también asocian el DT con la inmigración, producido como consecuencia del desconocimiento del lugar en el que realizar la prueba diagnóstica, las dificultades para entender castellano, el miedo a la estigmatización y las ideas equivocadas sobre la transmisión del VIH (Rodríguez et al, 2013).

Los resultados de este estudio coinciden con los recogido en la literatura respecto al descenso en los casos notificados de Sida y en la mortalidad (Havlir y Beyrer, 2012; Jaén et al, 2008), debido a los avances médicos y farmacológicos, pero también políticos y sociales (Jaén et al, 2008; Informe de evaluación Plan multisectorial del VIH/SIDA, 2012). El hecho de que la mayoría de las personas diagnosticadas de SIDA sean hombres coincide con el patrón epidemiológico de la infección por VIH (Díez et al, 2012).

Otro dato relevante es la vía de transmisión en los casos notificados de SIDA, puesto que, los resultados actuales indican que un elevado porcentaje de ellos están en el colectivo de las personas UDVP. Esto coincide con lo recogido literatura, respecto a la epidemia sufrida en este colectivo, hace unos años (Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, 1997). Una posible explicación a este dato, es que las personas UDVP que adquirieron el virus en los años 80-90, gracias al TARGA, y a los avances médicos, han podido retrasar la enfermedad hasta la actualidad.

Por otra parte, en este estudio, se ha demostrado que la evolución de las muertes por SIDA se encuentra en descenso, dato que coincide con el Informe de evaluación Plan multisectorial del VIH/SIDA 2008-2012. Este dato, junto con el descenso en el número de nuevos diagnósticos de SIDA, es una muestra más de la efectividad del tratamiento antirretroviral actual recogido en la literatura.

Este estudio tiene algunas limitaciones que obligan a tomar sus resultados con precaución. Por un parte, el hecho de ser un estudio descriptivo no permite establecer relaciones causales y por otra, con el tipo de análisis realizado no se puede conocer los factores asociados a la infección, lo que puede ser planteado en futuros estudios, A pesar de estas limitaciones, este estudio ha permitido conocer la evolución de la epidemia de VIH/SIDA y su mortalidad en las CCAA que han notificado regularmente sus casos.



## 5. CONCLUSIONES

1. Se ha identificado una disminución general en la incidencia del VIH/SIDA en las CCAA estudiadas, con un incremento en los casos notificados transmitidos sexualmente, tanto en las personas autóctonas como en las inmigrantes, especialmente en el colectivo de HSH. Estos hallazgos requieren que se replanteen los programas de prevención y promoción de la salud en la población general y con un enfoque específico en los HSH.
2. Se ha constatado que la vía de transmisión sexual del VIH/SIDA difiere entre las personas autóctonas y las inmigrantes, con mayor frecuencia en la transmisión heterosexual en estas últimas, por lo que se requieren medidas que contemplen las necesidades específicas en estos grupos de población para reducir el número de infecciones.
3. Se evidencia un elevado porcentaje de DT que, además, es más alto en los hombres. Esto, corrobora la necesidad de mejorar el acceso y la aceptabilidad de las pruebas diagnósticas de VIH rápidas y la necesidad de desarrollar intervenciones comunitarias, lo que aumentaría la detección temprana de la infección. Esto pasa por instaurar un tratamiento temprano que mejorará la calidad de vida tanto de la PVVS como de la comunidad.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Carnicer-Pont D, Vives N, Casabona J, et al. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011; 29: 144-51.

Caro-Murillo AM, Castilla Catalán J, Del Amo Valero J. Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. *Gac Sanit.* 2010; 24(1): 81-8.

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.* 2000; 115:85-9.

Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, et al. Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (200-2004). *Gac Sanit.* 2005; 20:442-8.

De la Fuente L, Bravo MJ, Barrio G, et al. Lessons from the history of the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among Spanish drug injectors. *Clin Infect Dis.* 2003; 37 (Suppl 5):S410-5.

De Olalla PG, Mazardo C, Sambeat MA, et al. Epidemiological characteristics and predictors of late presentation of HIV infection in Barcelona (Spain) during the period 2001-2009. *AIDS Res Ther.* 2011; 8(1): 22.

Delpierre C, Cuzin L, Lauwers-Cances V, et al. High-Risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. *AIDS Patient Care STDS* 2006; 20(12): 838-47.

Díez M, Oliva J, Sánchez F, et al. Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España 2004-2009. *Gac Sanit.* 2012; 26(2): 107-15.

Eaton LA, Kalichman S. Risk compensation in HIV prevention: Implications for vaccines, microbicides, and other biomedical HIV prevention technologies. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2007; 4:165-72.

Estadística del padrón continuo. Varios años. Instituto Nacional de Estadística  
Disponible en:

[http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebas\\_e&t=0](http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebas_e&t=0)

European Centre for Disease Prevention, control/WHO, Regional office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and control; 2010.

Elford J, Bolding G, Davis M, et al. Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: Implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sex Transm Infect.* 2004; 80:451-4.

Fernández-López L, Rifà B, Pujol F, et al. Impact of the introduction of rapid HIV testing in the Voluntary Counselling and Testing sites network of Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS.* 2011; 21:388-91.

Fernández de Monteyrín S, Del Val Acebrón M. Prácticas y percepción del riesgo en hombres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que tiene sexo con otros hombres. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012.

Folch Toda C, Muñoz R, Zaragoza L, et al. Sexual risk behaviour and ITS determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Euro Surveill.* 2009;14: 15-29.

García San Miguel L, Busto Martínez MJ, Bermúdez Moreno L. El problema del retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH en España. ¿Podemos hacer un mejor abordaje de la epidemia desde atención primaria?. *Aten Primaria.* 2009; 41(4): 213-15.

Havlir D, Beyrer C. The beginning of the end of AIDS?. N Engl J Med. 2012;367:685-7.

Informe de evaluación Plan multisectorial del VIH/SIDA 2008-2012, Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad; 2012. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS\\_18DicbreActualizacionEpi.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS_18DicbreActualizacionEpi.pdf)

Jaén A, Esteve A, Miró JM, et al, PISCIS Study Group. Determinants of HIV progression and assessment of the optimal time to initiate highly active antiretroviral therapy: PISCIS Cohort (Spain). J Acquir Immune Defic Syndr. 2008; 47: 212-20.

Lindsay MK, Adefris W, Peterson HB, et al. Determinants of acceptance of routine voluntary human immunodeficiency virus testing in an inner-city prenatal population. Obstet Gynecol. 1991;78: 678-90.

Martín Fernández R. El sida ante la opinión pública: el papel de la prensa y las campaña de prevención estatales en la representación social del sida en España. Revista Humanidades. 2009;15:237-68.

Oliva J, Galindo S, Vives N, et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010; 28:583-9.

Rodríguez-Álvarez E, Lanborena N, Bacigalupe A, et al. Social factors associated with the knowledge about HIV of the immigrants from China, Latin America, the Maghreb and Senegal in the Basque Country (Spain). J Immigr Min Health. 2013; 15(1): 24-33.

Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Plan de movilización multisectorial frente al VIH/SIDA 1997-2000, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planesEstrat/planMultisectorial.htm>

Sobrino-Vegas P, García-San ML, Caro-Murillo AM, et al. Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality. *Curr HIV Res.* 2009; 7:224-30.

Vallés X, Carnicer-Pont D, Casabona J. Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual ¿una actividad descuidada? *Gac Sanit.* 2011; 25 (3): 224-32

Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med* 2008; 9(6): 397-405.