

# BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

de la Comunidad de Madrid

## 2.

### INFORMES:

- **Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, hasta diciembre de 2003.**
- **Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, 2001 – 2003.**



Dirección General de Salud Pública,  
Alimentación y Consumo  
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

**Comunidad de Madrid**



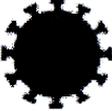
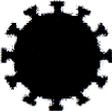
# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

de la Comunidad de Madrid

## 2

### Índice

#### INFORMES:

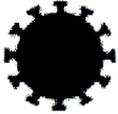
	- Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid, hasta diciembre de 2003.	3
	- Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad de Madrid, años 2001 a 2003.	89
	- EDO. Semanas 5 a 8 (del 1 al 28 de febrero de 2004)	108
	- Brotes Epidémicos. Semanas 5 a 8, 2004.	111
	- Red de Médicos Centinela, semanas 5 a 8.	113



Biblioteca Virtual

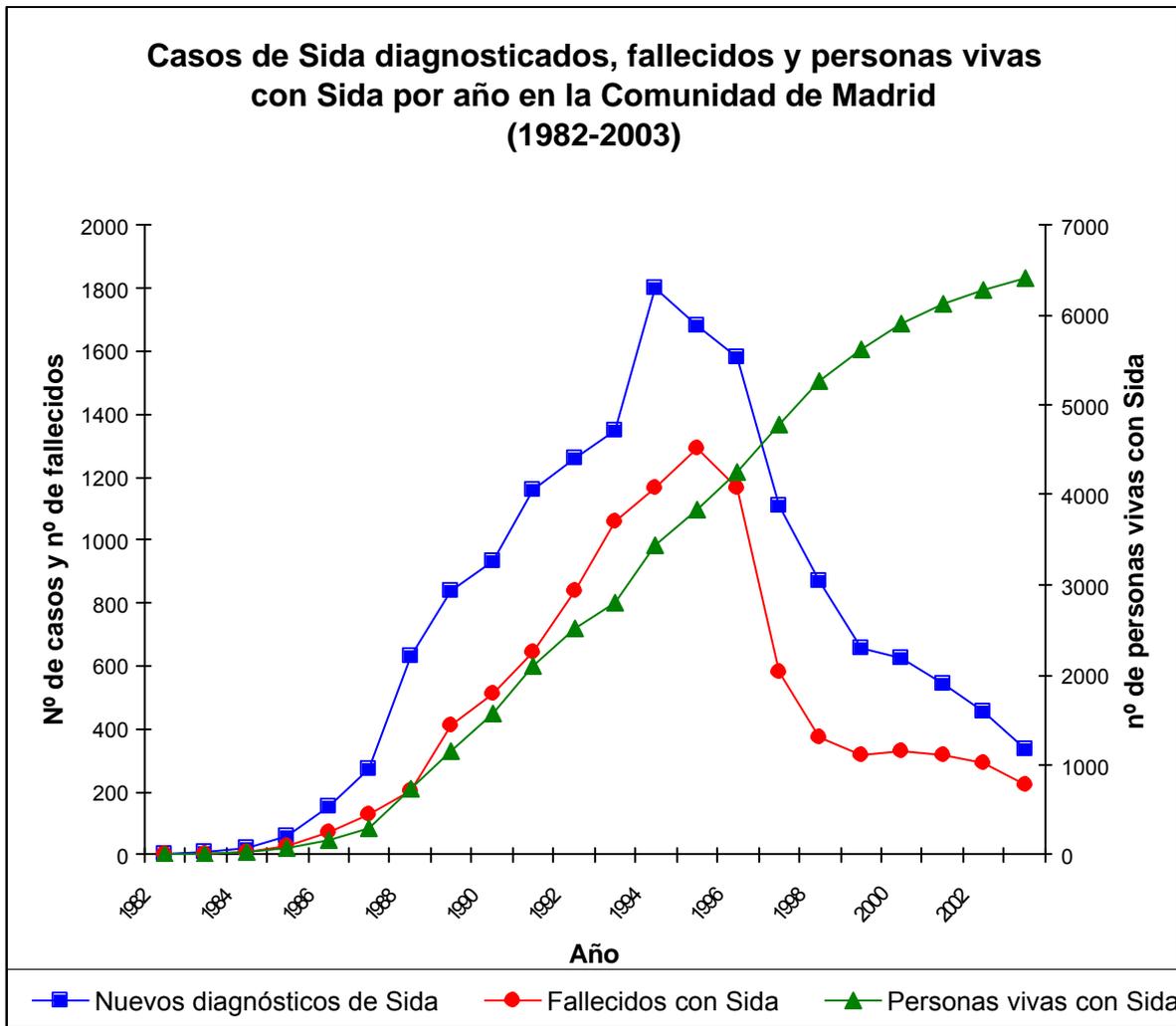
Comunidad de Madrid

Esta versión digital de la obra impresa forma parte de la Biblioteca Virtual de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



## INFORME:

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID, HASTA DICIEMBRE DE 2003.



### CASOS DE SIDA EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) 31 de diciembre de 2003\*

Hasta el 31 de diciembre de 2003 se habían notificado 17.749 casos de Sida al Registro de casos de la CM, 16.302 casos tenían su residencia en nuestra Comunidad en el momento del diagnóstico, del 61% de ellos sabemos que han fallecido.

\* Registro de Sida: Dulce López-Gay, Isabel Peña-Rey, Concepción Izarra, Olga Monteagudo

### Incidencia de casos diagnosticados de Sida entre 1998 y 2003

La incidencia de casos diagnosticados de Sida se ve afectada por la ampliación de los criterios definitorios de Sida (revisiones en 1985, 1987 y 1994)<sup>1-4</sup> y la aparición de tratamientos cada vez más efectivos que retrasan el desarrollo de la enfermedad en personas infectadas.

Desde la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) a partir del segundo semestre de 1996, las tendencias de la incidencia de Sida reflejan cada vez menos las tendencias de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Desde entonces, las tendencias de los diagnósticos de casos de Sida reflejan cada vez más a las personas con un diagnóstico tardío de infección por VIH, a las personas infectadas que no toman tratamiento antirretroviral y a aquellos en los que el tratamiento ha fallado (resistencias, efectos secundarios...), por todo ello sigue siendo importante la vigilancia de los casos de Sida.

La incidencia de casos de Sida diagnosticados (Tabla I.1) aumentó desde 1982 hasta 1994, año en el que se incluyeron la tuberculosis pulmonar, las neumonías bacterianas de repetición y el cáncer invasivo de cuello de útero como enfermedades indicativas de Sida con fines de vigilancia epidemiológica, para pacientes adolescentes /adultos (? 13 años de edad). Entre el año 1994 y 1996 se observa un descenso del 12% en los nuevos diagnósticos de Sida. Tras la introducción de los TARGA (1996-1997) la disminución en la incidencia es mayor: entre 1997 y 1999 los nuevos casos disminuyeron un 41%, este descenso continúa aunque menos pronunciado hasta el año 2002.

Entre el año 1998 y el 2002 el número de nuevos diagnósticos de Sida ha disminuido un 48%.

Por grupos de edad, el número de casos diagnosticados ha disminuido un 55,6% en el grupo de 25 a 39 años entre 1998 y 2002. En el año 2003 el 48% de los nuevos diagnósticos notificados tenían entre 30 y 39 años y el 28,5% entre 40 y 49 mientras solo un 11% tenían entre 20 y 29 años. (Tabla I.2, Gráfico I.1). La mediana de edad al diagnóstico de Sida aumenta en los usuarios o ex-usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y en las mujeres infectadas por vía heterosexual (HTX) mientras que permanece estable en los hombres infectados por vía HTX y en los que tienen relaciones con otros hombres (HSH) (Gráfico I.2). En el año 2003 la mediana de edad al diagnóstico en UDVP e infectados por vía HTX en ambos géneros es de 37 años mientras que en HSH es de 40 años.

Por género, entre 1998 y 2002 disminuyen un 49% los nuevos diagnósticos en hombres y un 44% en mujeres. En el año 2003, el 79,2% de los casos notificados en adolescentes/adultos son hombres, porcentaje muy similar al total de casos acumulados (80,5%) (Tabla I.3).

En el año 2002, las tasas de Sida en adolescentes/adultos fueron de 14,5 por cien mil habitantes entre los hombres y de 4,4 por cien mil habitantes entre las mujeres (Gráfico I.3). Tanto en hombres como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edad de 30 a 39 años (Gráfico I.4).

Por categoría de transmisión, entre 1998 y 2002, disminuye la incidencia de nuevos casos en HSH (34%) y UDVP (57,3%). La categoría de exposición HTX disminuye un 41,4% en hombres y un 29,4% en mujeres (Tabla I.4a).

De entre los adolescentes/adultos diagnosticados en 2003; el 52,6% de los 266 hombres y el 38,6% de las 70 mujeres han sido o son UDVP; el 12,8% de los hombres y el 55,7% de las mujeres refieren haberse infectado por relaciones heterosexuales y el 24,1% de los hombres por relaciones homosexuales, porcentajes muy diferentes a los observados en el total de casos acumulados (1982-2003): 68,5%, 6,7% y 20,5% respectivamente para los hombres y 67,7% y 27,6% para las mujeres.

El 88% (15/17) de los casos pediátricos (<13 años) diagnosticados entre 1998 y 2003 se infectaron por transmisión vertical, tres de ellos habían nacido después de 1997, año en el que se inicia la profilaxis de la transmisión vertical con TARGA. (Tabla I.4b).

La disminución de casos también se observa por área sanitaria de residencia al diagnóstico de Sida, aunque ésta difiere de unas áreas a otras (Tabla I.5, Gráfico I.5).

En los tres últimos años el porcentaje de pacientes que refieren un país de origen distinto a España ha aumentado de un 11,2% en el año 2001 a un 16,3% en el 2003 (Tabla I.6a). En el año 2003, el 52,8% de los inmigrantes se han infectado por vía heterosexual y el 27,3% son HSH mientras que, entre aquellos que referían como país de origen España fueron del 15,5% y 17,3% respectivamente (Tabla I.6b).

Para describir el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de la infección por el VIH y la enfermedad de Sida, utilizamos los criterios de CDC, que consideran un diagnóstico *precoz* de VIH, aquel que se produce al menos un año antes del diagnóstico de Sida, y diagnóstico *tardío* el que se produce durante el mismo año del diagnóstico de Sida. Hemos diferenciado a su vez dos períodos dentro del diagnóstico tardío: menos de 4 meses de diferencia entre ambos intervalos: diagnóstico *simultáneo* y de 4 a 12 meses (5).

El porcentaje de pacientes diagnosticados de Sida con un diagnóstico simultáneo de infección por el VIH (intervalo de 0 a 3 meses) ha aumentado de un 26,8% en 1998 a un 34,0% en el año 2003 (Tabla I.7, Gráfico I.6). Durante este período, el diagnóstico simultáneo de la infección VIH y Sida es más frecuente en los hombres (el 30,3% vs el 25,1% en mujeres,  $p = 0,000$ ), en las categorías de transmisión sexual (53,4% de los HSH y el 53,1% de los HTX vs el 12,6% de los UDVP,  $p = 0,000$ ) (Tabla I.8, Gráfico I.7) y en inmigrantes (54,6% vs 27,6%,  $p = 0,000$ ) aunque en este grupo no sabemos si realmente se trata de un diagnóstico tardío o si ya conocen su estado serológico a la llegada a España.

Todas las patologías definitorias de Sida, disminuyen en números absolutos en el período posterior a la introducción de los TARGA (1998-2003), en relación al período previo a dichos tratamientos (1991-1995) (Tabla I.9). De los 8 diagnósticos de histoplasmosis diseminada realizados entre 1998 y 2003, 6 de los casos fueron en pacientes inmigrantes.

En porcentaje, respecto al total de pacientes diagnosticados en dichos períodos, las enfermedades que más disminuyen como definitorias de Sida son la tuberculosis extrapulmonar o diseminada (24,5% vs 15,0%,  $p = 0,00$ ) y la candidiasis esofágica (15,3% vs 11,4%,  $p = 0,00$ ); no varían el sarcoma de Kaposi (5,6% vs 5,1%,  $p = 0,27$ ) ni la neumonía por *Pneumocystis carinii* (21,4% vs 19,7%,  $p = 0,05$ ) y aumentan su porcentaje los linfomas no

Hodgkin (2,4% vs 4,2%,  $p=0,00$ ) y la leucoencefalopatía multifocal progresiva (2,0% vs 3,6%,  $p = 0,00$ ) (Tabla I.10).

Entre 1998 y 2003, los casos de Sida que debutan con sarcoma de Kaposi, toxoplasmosis cerebral, neumonía por *Pneumocisti Carinii* o enfermedad por CMV tienen con más frecuencia un diagnóstico tardío de la infección por VIH, mientras que los casos que debutan con neumonías bacterianas de repetición, carcinoma invasivo de cuello de útero, esofagitis por *Cándida* o tuberculosis tienen más probabilidad de tener un diagnóstico de infección por VIH precoz (Tabla I.11)

Tabla I.1

## Casos de Sida en la CM: diagnosticados y fallecidos por año

	Casos de Sida diagnosticados por año		Casos de Sida fallecidos por año	
	Frecuencia	Porcentaje de variación respecto al año previo	Frecuencia	Porcentaje de variación respecto al año previo
No consta			1	
1982	1		1	
1983	8	700,0	2	100,0
1984	18	125,0	9	350,0
1985	60	233,3	29	222,2
1986	151	151,7	71	144,8
1987 <sup>a</sup>	270	78,8	128	80,3
1988	631	133,7	204	59,4
1989	840	33,1	410	101,0
1990	930	10,7	511	24,6
1991	1159	24,6	641	25,4
1992	1259	8,6	836	30,4
1993	1347	7,0	1060	26,8
1994 <sup>a</sup>	1796	33,3	1163	9,7
1995	1681	-6,4	1292	11,1
1996 <sup>b</sup>	1578	-6,1	1164	-9,9
1997 <sup>b</sup>	1103	-30,1	582	-50,0
1998	868	-21,3	371	-36,3
1999	652	-24,9	314	-15,4
2000	624	-4,3	330	5,1
2001	538	-13,8	316	-4,2
2002	450	-16,4	293	-7,3
2003	338	-24,9	220	-24,9
Total	16302		9948	

a. Ampliación de los criterios definitorios de Sida con fines de vigilancia epidemiológica

b. Se inician los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA)

Tabla I.2

## Casos de Sida en la CM: por año de diagnóstico y grupo de edad

		Año de diagnóstico						Total acumulado 1982-2003
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	
No consta		1						7
niños (menores de 13 años)	Menor de 1			1	1	1		88
	1-4	1	1	2				112
	5-12	1	4	2		1	2	51
	Subtotal	2	5	5	1	2	2	251
adolescentes/adultos (13 y mas años)	13-14	1	1			1		7
	15-19	1			1	3		69
	20-24	22	13	18	13	14	5	993
	25-29	116	73	58	41	43	32	3565
	30-34	236	184	178	101	97	67	4926
	35-39	256	203	175	173	130	95	3233
	40-44	106	84	98	96	73	69	1491
	45-49	54	33	41	44	36	27	743
	50-54	35	27	23	25	26	17	421
	55-59	16	8	11	18	10	13	240
	Mas de 59	22	21	17	25	15	11	356
Subtotal	865	647	619	537	448	336	16044	
Total		868	652	624	538	450	338	16302

Tabla I.3

## Casos de Sida en la CM: por año de diagnóstico y género

		Año de diagnóstico						Total acumulado 1982-2003
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	
No consta	Hombre	1						6
	Mujer							1
	Subtotal	1						7
niños (menores de 13 años)	Hombre		3	2	1	1	2	126
	Mujer	2	2	3		1		125
	Subtotal	2	5	5	1	2	2	251
adolescentes/adultos (13 y mas años)	Hombre	666	501	474	444	337	266	12910
	Mujer	199	146	145	93	111	70	3134
	Subtotal	865	647	619	537	448	336	16044
Total		868	652	624	538	450	338	16302

Gráfico I.1

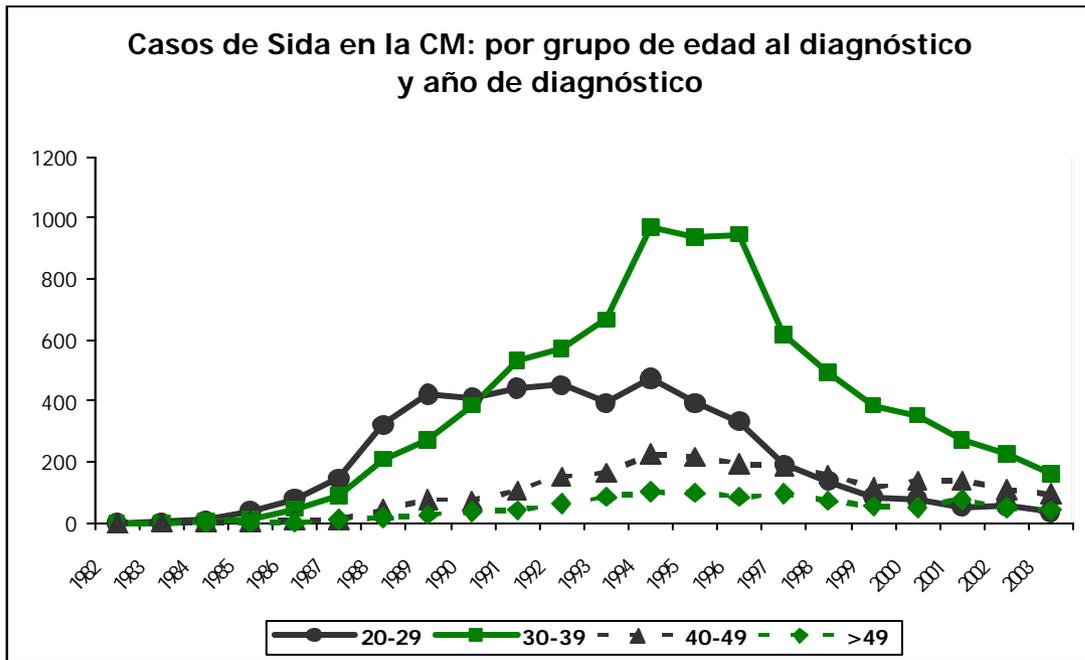


Gráfico I.2

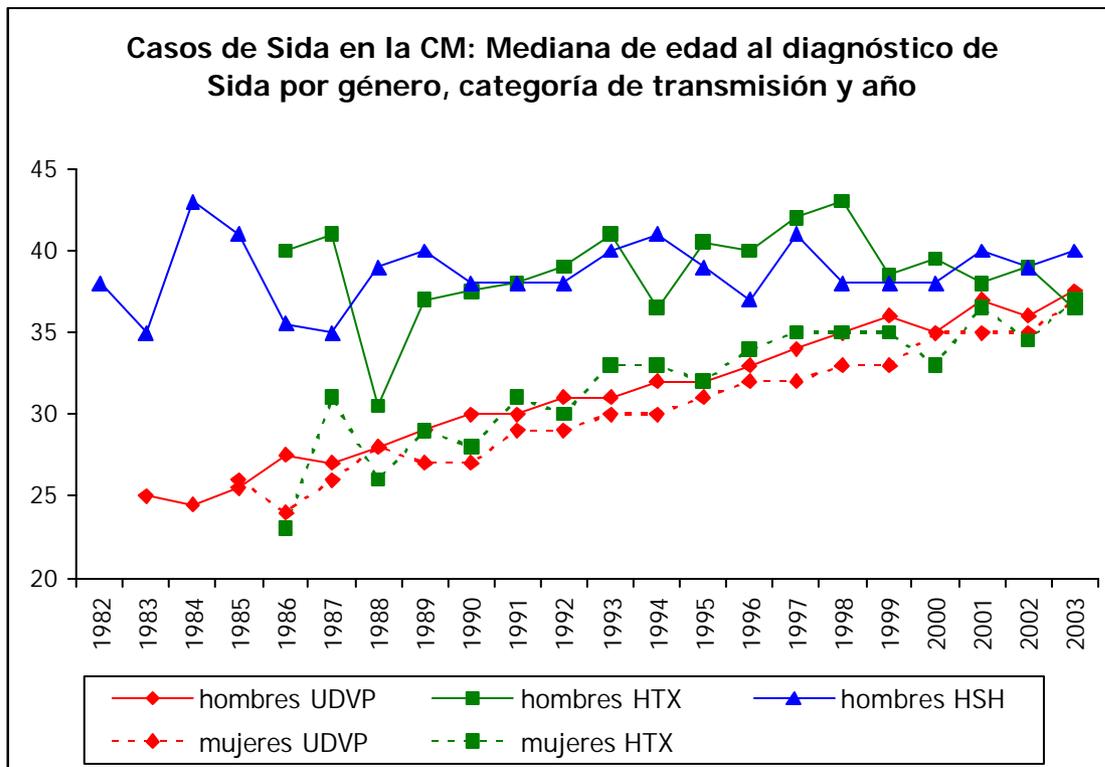


Gráfico I.3

Casos de Sida en la CM: Tasa de incidencia de casos diagnosticados en adolescentes/adultos por 100.000 habitantes y año (\*)

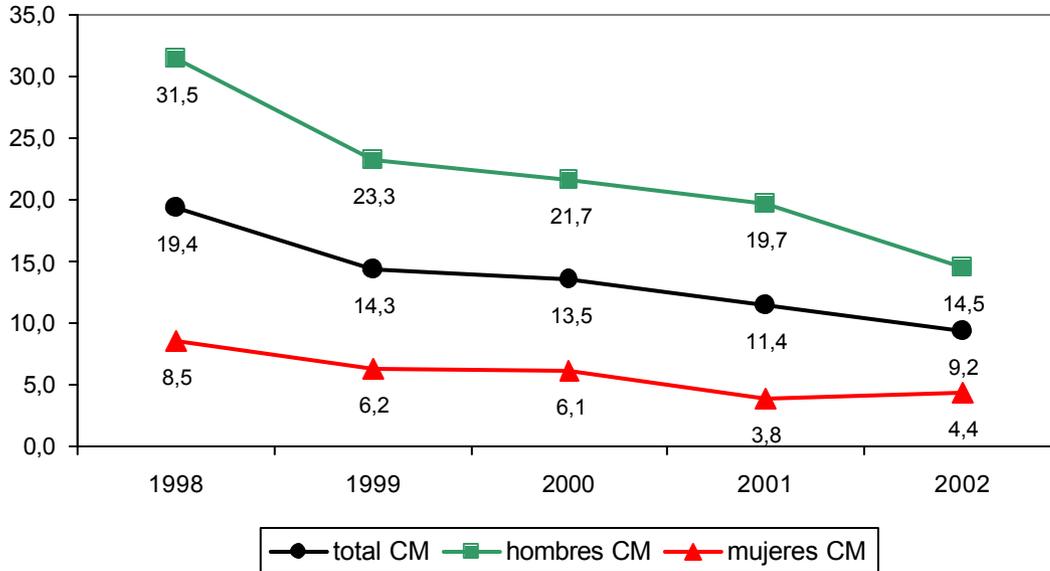
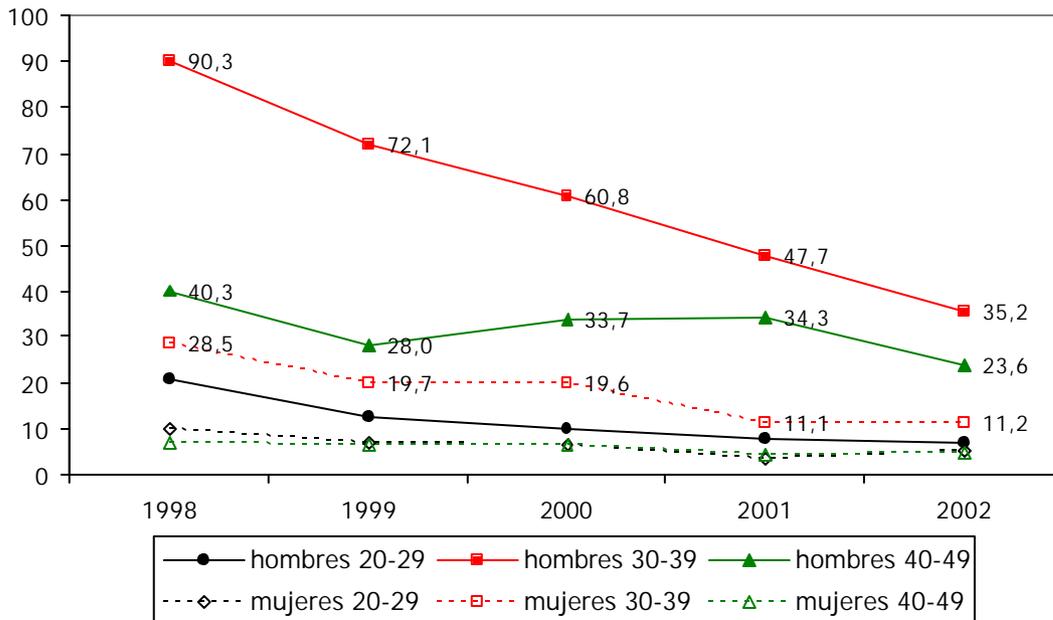


Gráfico I.4

Casos de Sida en la CM: Tasa de incidencia de casos diagnosticados por 100.000 habitantes por año, género y grupo de edad (\*)



\* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM

Tabla I.4a

**Casos de Sida en adolescentes /adultos (13 años y más) en la CM  
por género, categoría de transmisión y año de diagnóstico**

			Año de diagnóstico						Total acumulados <sup>a</sup> 1982-2003
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Hombre	Categoría de transmisión	UDVP	435	333	294	232	185	140	8843
		HTX	69	44	52	55	41	34	868
		HSH	139	102	103	122	89	64	2642
		TX/HD		3	2	5	1	2	160
		VERTICAL	1			1			2
		OTROS	23	19	23	29	21	26	401
Total			667	501	474	444	337	266	12916
Mujer	Categoría de transmisión	UDVP	125	95	83	49	52	27	2122
		HTX	67	45	56	38	48	39	865
		TX/HD					1	1	41
		VERTICAL		1			1		2
		OTROS	7	5	6	6	9	3	105
		Total			199	146	145	93	111
Total			866	647	619	537	448	336	16051

UDVP: Usuarios o exusuarios de drogas por vía parenteral

HTX: contacto heterosexual

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

TX/HD: receptores de transfusión o hemoderivados contaminados

OTROS: incluyen aquellos con categoría de exposición desconocida, otra o que no consta

a. Se incluyen 7 casos con edad desconocida

Tabla I.4b

**Casos de Sida pediátricos (menores de 13 años) en la CM  
por género, categoría de transmisión y año de diagnóstico**

			Año de diagnóstico						Total acumulado 1982-2003
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Hombre	Categoría de transmisión	TX/HD						1	13
		VERTICAL		3	2	1	1	1	111
		OTROS							2
	Total				3	2	1	1	2
Mujer	Categoría de transmisión	TX/HD		1					4
		VERTICAL	2	1	3		1		121
	Total			2	2	3		1	125
Total			2	5	5	1	2	2	251

TX/HD: receptores de transfusión o hemoderivados contaminados

OTROS: incluyen aquellos con categoría de exposición desconocida, otra o que no consta

Tabla I.5

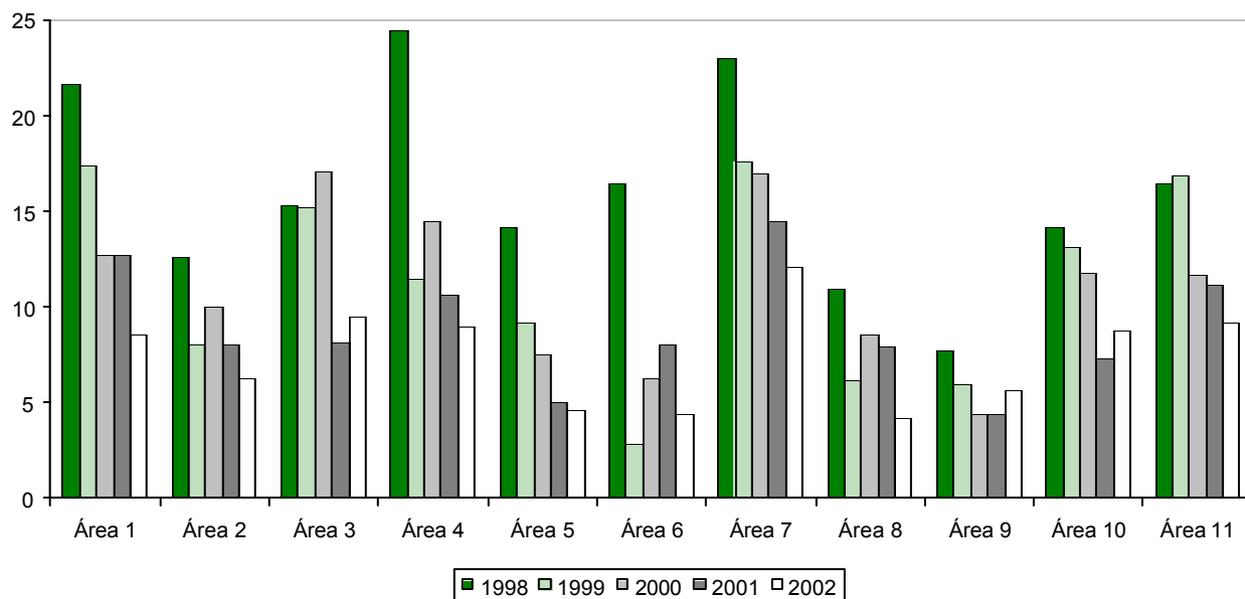
**Casos de Sida en la CM: por Área Sanitaria de residencia al diagnóstico  
1982-2003**

	Área sanitaria										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>TOTAL</b>	2589	990	763	2145	1453	694	2251	780	596	633	2458
<b>Fallecidos</b>	1656	593	446	1326	894	357	1424	469	369	341	1577
<b>Género</b>											
<b>Hombre</b>	2066	803	554	1684	1151	542	1871	612	474	486	1976
<b>Mujer</b>	523	187	209	461	302	152	380	168	122	147	482
<b>Grupo de edad</b>											
<b>&lt;13</b>	58	15	8	30	27	11	23	13	13	10	31
<b>13-19</b>	10	3	3	13	5	3	6	8	3	6	10
<b>20-29</b>	738	198	260	594	419	172	484	247	182	216	745
<b>30-39</b>	1311	456	387	1172	735	328	1079	384	307	298	1229
<b>40-49</b>	336	197	76	240	188	125	436	84	59	69	314
<b>50-59</b>	85	77	15	67	55	31	152	32	20	17	81
<b>60 y más</b>	51	44	14	28	24	24	71	12	12	17	48
<b>Categoría de transmisión</b>											
<b>UDVP</b>	1902	477	558	1576	991	389	1165	530	390	457	1754
<b>HTX</b>	242	128	113	212	169	112	200	107	85	63	244
<b>HSH</b>	274	318	53	250	199	143	758	111	60	65	338
<b>TX/HD</b>	43	15	6	18	32	10	22	12	15	8	31
<b>VERTICAL</b>	56	15	8	30	25	10	24	13	10	8	27
<b>OTROS</b>	72	37	25	59	37	30	82	7	36	32	64
<b>Año de diagnóstico</b>											
<b>1998</b>	140	51	42	125	88	35	120	44	27	36	110
<b>1999</b>	113	33	42	59	58	13	91	25	21	34	113
<b>2000</b>	83	41	48	75	48	30	88	35	16	31	79
<b>2001</b>	85	34	24	57	33	41	77	33	16	20	78
<b>2002</b>	59	27	29	49	32	24	65	18	21	25	67
<b>2003</b>	52	17	12	32	27	20	42	18	14	11	54
<b>Distrito sanitario</b>											
<b>1</b>	142	230	478	707	316	219	1129	504	293	338	89
<b>2</b>	398	424	285	813	73	197	393	222	303	294	364
<b>3</b>	293	336		625	627	278	729	54			613
<b>4</b>	1756				437						805
<b>5</b>											587
<b>Incidencia 2002* (nº casos/100.000 habitantes)</b>	8,6	6,3	9,5	9,0	4,5	4,4	12,1	4,2	5,7	8,8	9,2

\* Fuente población: Padrón continuo 2002. Instituto de Estadística de la CM

Gráfico I.5

Casos de Sida en la CM: Tasas de incidencia de casos diagnosticados por 100.000 habitantes y año en las áreas sanitarias (1998-2002) (\*)



\* Fuente población: Padrón continuo del Instituto de Estadística de la CM

Tabla I.6a

Casos de Sida en la CM: diagnosticados entre 2001 y 2003 según país de origen

		Año de diagnóstico					
		2001		2002		2003	
		n	%	n	%	n	%
Inmigrantes	No	478	88,8%	386	85,8%	283	83,7%
	Si	60	11,2%	64	14,2%	55	16,3%
Total		538	100,0%	450	100,0%	338	100,0%

Tabla I.6b

Casos de Sida en la CM: diagnosticados entre 2001 y 2003 según país de origen, género y categoría de transmisión

			Año de diagnóstico											
			2001				2002				2003			
			Inmigrantes				Inmigrantes				Inmigrantes			
			No		Si		No		Si		No		Si	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hombre	Categoría de transmisión	UDVP	223	46,7%	9	15,0%	174	45,1%	11	17,2%	137	48,4%	3	5,5%
		HTX	40	8,4%	15	25,0%	33	8,5%	8	12,5%	19	6,7%	15	27,3%
		HSH	98	20,5%	24	40,0%	72	18,7%	17	26,6%	49	17,3%	15	27,3%
		TX/HD	4	,8%	1	1,7%	1	,3%			2	,7%	1	1,8%
		VERTICAL	2	,4%			1	,3%			1	,4%		
		OTROS	27	5,6%	2	3,3%	17	4,4%	4	6,3%	23	8,1%	3	5,5%
Total			394	82,4%	51	85,0%	298	77,2%	40	62,5%	231	81,6%	37	67,3%
Mujer	Categoría de transmisión	UDVP	47	9,8%	2	3,3%	48	12,4%	4	6,3%	25	8,8%	2	3,6%
		HTX	33	6,9%	5	8,3%	30	7,8%	18	28,1%	25	8,8%	14	25,5%
		TX/HD							1	1,6%			1	1,8%
		VERTICAL					2	,5%						
		OTROS	4	,8%	2	3,3%	8	2,1%	1	1,6%	2	,7%	1	1,8%
Total			84	17,6%	9	15,0%	88	22,8%	24	37,5%	52	18,4%	18	32,7%
Total			478	100,0%	60	100,0%	386	100,0%	64	100,0%	283	100,0%	55	100,0%

UDVP: Usuarios o exusuarios de drogas por vía parenteral

HTX: contacto heterosexual

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

TX/HD: receptores de transfusión o hemoderivados contaminados

OTROS: incluyen aquellos con categoría de exposición desconocida, otra o que no consta

Tabla I.7

**Casos de Sida en la CM: Meses entre el diagnóstico de infección por VIH y Sida  
por año de diagnóstico de Sida**

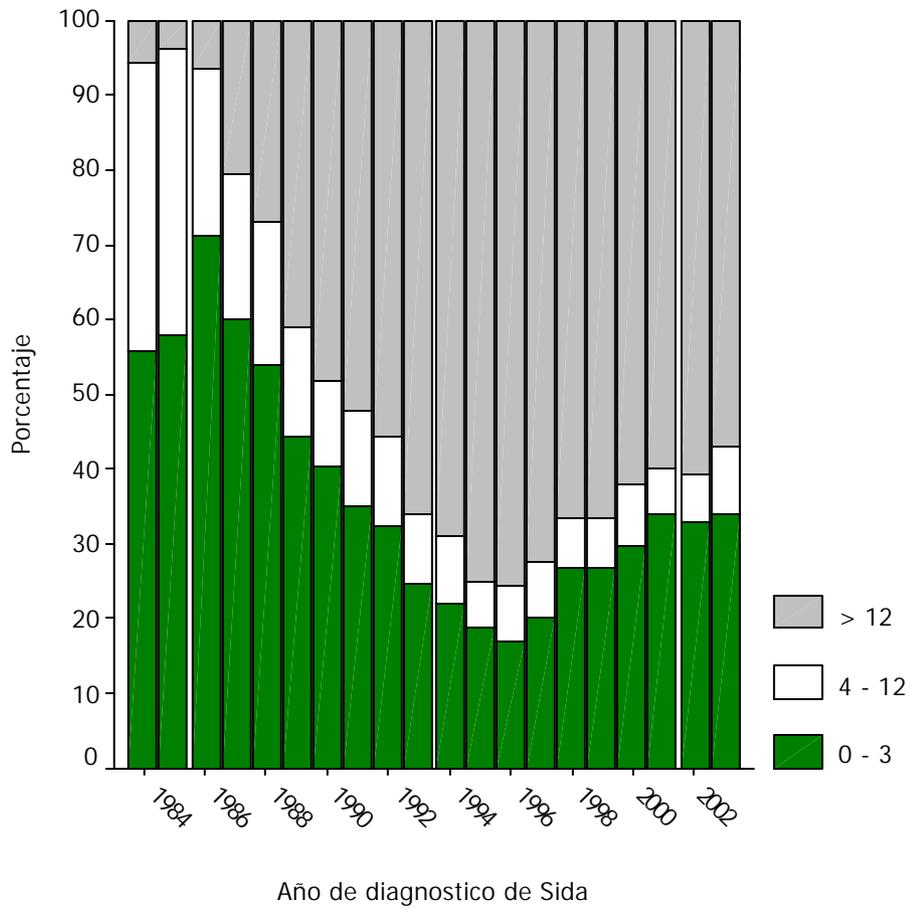
		Meses entre diagnóstico de VIH+ y Sida						Total	
		Diagnóstico tardío de la infección VIH respecto al Sida 0-12 meses				Diagnóstico precoz de la infección VIH respecto al Sida >12 meses		n	%
		0 - 3 meses (simultáneo)		4 - 12 meses		n	%		
		n	%	n	%			n	%
Año de diagnostico	1982			1	100,0%			1	100,0%
	1983	3	37,5%	5	62,5%			8	100,0%
	1984	10	55,6%	7	38,9%	1	5,6%	18	100,0%
	1985	33	57,9%	22	38,6%	2	3,5%	57	100,0%
	1986	100	71,4%	31	22,1%	9	6,4%	140	100,0%
	1987	157	60,2%	50	19,2%	54	20,7%	261	100,0%
	1988	319	53,9%	113	19,1%	160	27,0%	592	100,0%
	1989	353	44,2%	117	14,7%	328	41,1%	798	100,0%
	1990	360	40,2%	102	11,4%	434	48,4%	896	100,0%
	1991	389	34,9%	142	12,7%	584	52,4%	1115	100,0%
	1992	389	32,3%	145	12,0%	670	55,6%	1204	100,0%
	1993	316	24,7%	120	9,4%	845	66,0%	1281	100,0%
	1994	380	22,1%	155	9,0%	1186	68,9%	1721	100,0%
	1995	299	18,5%	102	6,3%	1212	75,1%	1613	100,0%
	1996	260	17,0%	113	7,4%	1159	75,7%	1532	100,0%
	1997	216	20,1%	81	7,5%	777	72,3%	1074	100,0%
	1998	228	26,7%	58	6,8%	568	66,5%	854	100,0%
1999	170	26,8%	42	6,6%	423	66,6%	635	100,0%	
2000	181	29,6%	52	8,5%	378	61,9%	611	100,0%	
2001	180	33,9%	32	6,0%	319	60,1%	531	100,0%	
2002	145	32,9%	28	6,3%	268	60,8%	441	100,0%	
2003	110	34,0%	29	9,0%	185	57,1%	324	100,0%	
<b>Total</b>		<b>4598</b>	<b>29,3%</b>	<b>1547</b>	<b>9,8%</b>	<b>9562</b>	<b>60,9%</b>	<b>15707</b>	<b>100,0%</b>

No se incluyen 359 casos de los que se desconoce el año de diagnóstico de la infección VIH

No se incluyen 236 casos infectados por transmisión vertical ya que en este caso no se trata de un diagnóstico tardío de infección sino más bien de un desarrollo precoz de enfermedades indicativas de Sida.

**Gráfico I.6**

**Casos de Sida en la CM: Meses entre el diagnóstico de infección por VIH y Sida por año de diagnóstico de Sida (1984-2003)**



**Tabla I.8**

**Casos de Sida en la CM: Meses entre el diagnóstico de infección por VIH y Sida por categoría de transmisión 1998-2003**

		Meses entre diagnóstico de VIH+ y Sida						Total	
		Diagnóstico tardío de la infección VIH respecto al Sida 0-12 meses				Diagnóstico precoz de la infección VIH respecto al Sida >12 meses		n	%
		0 - 3 meses (simultáneo)		4 - 12 meses		n	%		
		n	%	n	%			n	%
Categoría de transmisión	UDVP	254	12,6%	96	4,8%	1664	82,6%	2014	100,0%
	HTX	311	53,1%	56	9,6%	219	37,4%	586	100,0%
	HSH	327	53,4%	69	11,3%	216	35,3%	612	100,0%
	TX/HD	6	35,3%	2	11,8%	9	52,9%	17	100,0%
	OTROS	116	69,5%	18	10,8%	33	19,8%	167	100,0%
<b>Total</b>		<b>1014</b>	<b>29,9%</b>	<b>241</b>	<b>7,1%</b>	<b>2141</b>	<b>63,0%</b>	<b>3396</b>	<b>100,0%</b>

No se incluyen 55 casos de los que se desconoce el año de diagnóstico de la infección VIH  
 No se incluyen 19 casos infectados por transmisión vertical ya que en este caso no se trata de un diagnóstico tardío de infección sino más bien de un desarrollo precoz de enfermedades indicativas de Sida.

**Gráfico I.7**

**Casos de Sida en la CM: Meses entre el diagnóstico de infección por VIH y Sida por categoría de transmisión 1998-2003**

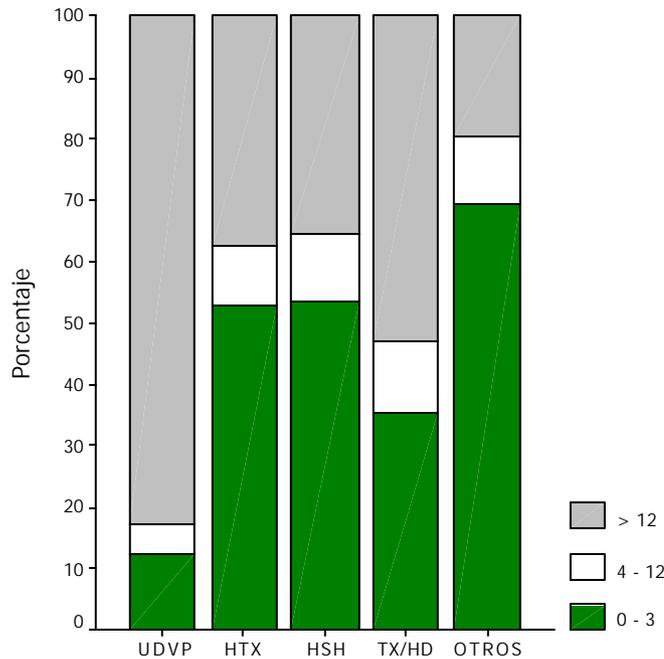


Tabla I.9

Casos de Sida en la CM: Patologías definatorias de Sida  
por año diagnóstico (1991-2003)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996*	1997*	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Candidiasis esofágica	242	228	207	197	232	213	143	101	82	76	59	37	40
Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar	5	2		4	3	1	4		1	1			1
Coccidiomicosis		1											
Criptococosis diseminada	18	17	12	14	17	15	14	11	6	7	11	6	3
Herpes simple mucocutáneo crónico	14	14	17	20	14	13	7	9		5	5	2	1
Herpes simple brocopulmonar y/o esofágico (edad>1mes)	3	6	4	5	3	2	2	6	3	2	2	2	
Criptosporidiasis intestinal	24	21	25	31	37	36	12	11	8	4	7	6	3
Histoplasmosis						1	1			2	2	2	2
Isosporiasis	2	2	1	2		1	1	2			1	1	2
Enfermedad por CMV (edad>1mes)	14	9	15	17	21	29	16	17	8	14	18	7	4
Retinitis CMV	24	26	36	23	26	27	22	13	8	4	5	2	3
Neumonía P.Carinii	279	309	307	341	313	305	219	168	129	113	107	98	70
Toxoplasmosis cerebral (edad>1mes)	92	109	124	102	98	72	39	48	36	31	33	21	21
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	16	24	24	45	38	49	43	28	23	27	19	18	9
Enf. MAI o Kansasi diseminada/extrapulmonar	5	21	21	52	34	50	24	11	14	7	10	8	4
TBC diseminada/extrapulmonar	353	336	389	373	323	261	189	125	100	96	80	66	55
Otras micobacterias	6	12	7	11	14	19	5	9	9	2	5	1	2
Sepsis de repetición por Salmonella	7	3	4	6	3	4	4			2	2	2	1
Neumonía intersticial linfoide (<13 años)	4		4	3	5								
Inf bacterianas recurrentes graves (<13 años)	8	1	7	3	7	1		1		1	1		
Sarcoma de Kaposi	77	91	73	94	70	71	51	38	27	31	26	33	21
Linfoma primario de cerebro	3	2	13	1	4	3	1	1	3	4	2	3	2
Linfoma no Hodgkin	20	40	31	46	34	52	39	27	29	32	25	21	12
Encefalopatía VIH	46	51	68	48	83	62	42	35	11	16	16	7	9
Caquexia VIH	83	121	157	128	101	119	107	88	41	52	48	40	23
Tuberculosis pulmonar (? 13 años)				398	311	231	161	84	85	79	65	45	41
Neumonías bacterianas de repetición (? 13 años)				93	143	126	105	105	82	71	50	51	42
Carcinoma invasivo de cuello de útero (? 13 años)				9	9	13	9	11	11	7	4	2	

\* Periodo de introducción de los TARGA

Tabla I.10

**Casos de Sida en la CM: Porcentaje de patologías definitorias de Sida según período diagnóstico pre- y post-TARGA (1991-1995 y 1998-2003)**

	1991-1995 preTARGA	1998-2003 postTARGA	P <sup>(*)</sup>
	n=7242	n=3470	
Candidiasis esofágica	15,3?	11,4?	0,000
Candidiasis traqueo-bronco-pulmonar	0,2?	0,1?	0,194
Coccidiomicosis	0,0?	--	0,489
Criptococosis diseminada	1,1?	1,3?	0,383
Herpes simple mucocutáneo crónico	1,1?	0,6?	0,022
Herpes simple brocopulmonar y/o esofágico (edad>1mes)	0,3?	0,4?	0,234
Criptosporidiasis intestinal	1,9?	1,1?	0,003
Histoplasmosis	--	0,2?	0,000
Isosporiasis	0,1?	0,2?	0,289
Enfermedad por CMV (edad>1mes)	1,0?	2,0?	0,000
Retinitis CMV	1,9?	1,0?	0,001
Neumonía P.Carinii	21,4?	19,7?	0,049
Toxoplasmosis cerebral (edad>1mes)	7,2?	5,5?	0,001
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	2,0?	3,6?	0,000
Enf. MAI o Kansasi diseminada/extrapulmonar	1,8?	1,6?	0,300
TBC diseminada/extrapulmonar	24,5?	15,0?	0,000
Otras micobacterias	0,7?	0,8?	0,507
Sepsis de repetición por Salmonella	0,3?	0,2?	0,288
Neumonía intersticial linfoide (<13 años)	0,2?	--	0,006
Inf bacterianas recurrentes graves (<13 años)	0,4?	0,1?	0,011
Sarcoma de Kaposi	5,6?	5,1?	0,266
Linfoma primario de cerebro	0,3?	0,4?	0,350
Linfoma no Hodgkin	2,4?	4,2?	0,000
Encefalopatía VIH	4,1?	2,7?	0,000
Caquexia VIH	8,1?	8,4?	0,637

(\*) significación estadística

Tabla I.11

**Casos de Sida en la CM: Patologías indicativas de Sida según el retraso entre el diagnóstico de la infección VIH y Sida  
1998-2003**

	n	Diagnóstico tardío de la infección VIH respecto al Sida (0-12 meses)		Diagnóstico tardío de la infección VIH respecto al Sida (>12 meses)	P <sup>(*)</sup>
		0-3 meses	4-12 meses		
Esofagitis por Cándida	386	26,4%	2,6%	71,0%	0,001
Enfermedad por CMV	68	48,5%	10,3%	41,2%	0,000
Neumonía por Pneumocistis Carinii	671	43,7%	7,1%	49,2%	0,000
Toxoplasmosis cerebral	188	44,1%	7,5%	48,4%	0,000
Tuberculosis extrapulmonar/diseminada	512	32,2%	9,2%	58,6%	0,024
Tuberculosis pulmonar	386	19,9%	7,6%	72,5%	0,000
Sarcoma de Kaposi	176	57,4%	10,8%	31,8%	0,000
Neumonías bacterianas de repetición	396	4,5%	4,3%	91,2%	0,000
Carcinoma invasivo de cuello de útero	35	8,6%	2,8%	88,6%	0,002

<sup>(\*)</sup> significación estadística

### Mortalidad en pacientes infectados por el VIH/Sida

Desde el año 1982 hasta diciembre de 2003 han fallecido 12.563 personas residentes en la CM con diagnóstico de infección por VIH, desconocemos la fecha de fallecimiento de tres de ellas. El 79,2% están notificadas al registro como casos de Sida.

Los datos del año 2003 están todavía incompletos por lo que no se incluyen en el análisis.

Entre los años 1998 y 2002, el número de fallecidos entre personas con Sida ha disminuido un 21%, porcentaje superior al registrado en Estados Unidos para estos mismos años (14%)<sup>6</sup> (Tabla I.12, Gráfico I.8). Por género, la mortalidad entre los hombres disminuye un 18% y entre las mujeres un 34% (Tabla I.13). Por categoría de transmisión disminuyen los fallecidos entre los UDVP (24,5% los hombres vs 21% las mujeres) y entre los HTX (43%), sin embargo los HSH presentan un aumento de la mortalidad de un 30% (Tablas I.14 y Gráfico I.9).

Durante el mismo período, el número de personas infectadas por el VIH no notificadas al registro de casos de Sida, ha aumentado un 32% (Tabla I.12, Gráfico I.8). Por género, se observa un incremento del 33% entre los hombres y del 26% entre las mujeres (Tabla I.13).

Por categoría de transmisión aumentan todos los grupos, los HSH pasan de 4 fallecidos en el año 1998 a 19 en el 2002, lo que supone un incremento del 375% (Tabla I.14).

De los 343 fallecidos infectados por VIH y no notificados al registro de Sida durante los años 2001 y 2002, el 72% no habían desarrollado criterios definitorios de Sida, de ellos el 32% fallecieron por hepatopatía.

De los casos de Sida diagnosticados entre los años 1998 y 2003, sabemos que el 25% han fallecido, de ellos el 17,0% fallecieron en el mes siguiente al diagnóstico de Sida. Las tasas más altas de letalidad se observan en los que debutaron con linfoma primario de cerebro (80,0%), linfoma no Hodgkin (54,8%) y leucoencefalopatía multifocal progresiva (44,5%).

**Tabla I.12**

**Número de fallecidos infectados por VIH/Sida en la CM por año<sup>1</sup>**

		Caso de Sida notificado	Infectado VIH	Total
Año de fallecimiento	No consta	1	1	2
	1982	1		1
	1983	2		2
	1984	9		9
	1985	29	2	31
	1986	71	16	87
	1987	128	29	157
	1988	204	42	246
	1989	410	147	557
	1990	511	161	672
	1991	641	179	820
	1992	836	245	1081
	1993	1060	200	1260
	1994	1163	178	1341
	1995	1292	169	1461
	1996	1164	197	1361
	1997	582	128	710
	1998	371	132	503
	1999	314	167	481
	2000	330	154	484
2001	316	169	485	
2002	293	174	467	
2003	220	122	342	
Total		9948	2612	12560

<sup>1</sup> Los datos del 2003 no están completos

Gráfico I.8

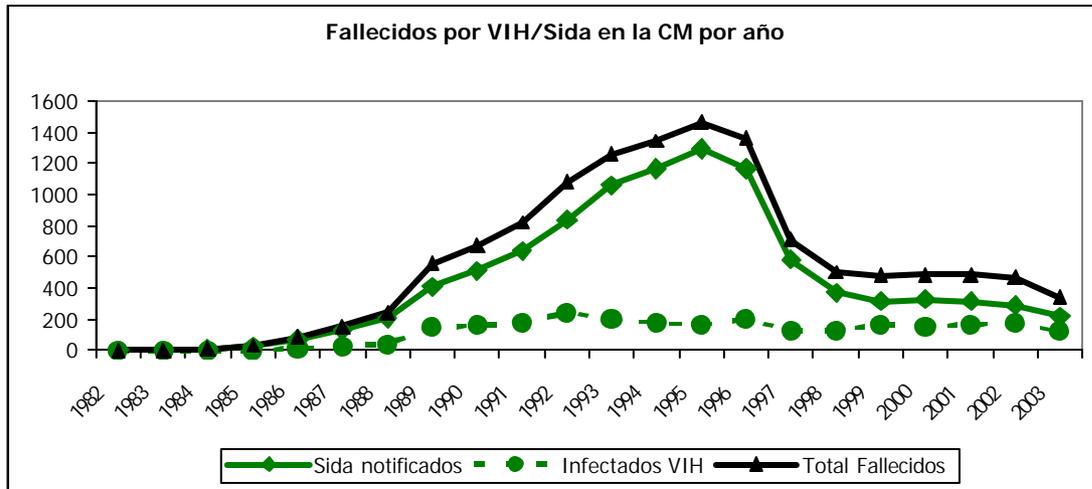


Tabla I.13

Fallecidos VIH/Sida en la CM por año y género 1998 y 2003

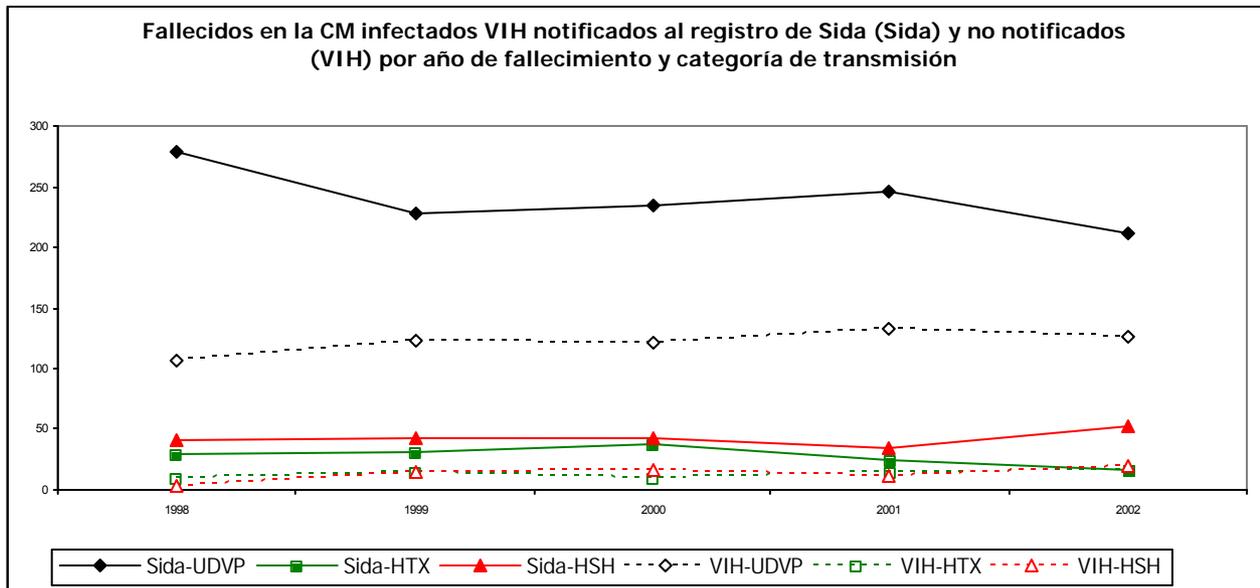
		Año de fallecimiento						Total acumulado 1982-2003
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Caso de Sida notificado	Hombre	304	261	270	242	249	169	8150
	Mujer	67	53	60	74	44	51	1798
	<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>314</b>	<b>330</b>	<b>316</b>	<b>293</b>	<b>220</b>	<b>9948</b>
Infectado VIH	Hombre	109	141	137	139	145	103	2184
	Mujer	23	26	17	30	29	19	428
	<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>167</b>	<b>154</b>	<b>169</b>	<b>174</b>	<b>122</b>	<b>2612</b>
<b>Total</b>		<b>503</b>	<b>481</b>	<b>484</b>	<b>485</b>	<b>467</b>	<b>342</b>	<b>12560</b>

Tabla I.14

Fallecidos VIH/Sida en la CM por año y categoría de transmisión 1998 y 2003

			Año de fallecimiento						Total acumulado 1982-2003
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Caso de Sida notificado	Categoría de transmisión	UDVP	279	229	234	247	212	170	6961
		HTX	30	31	37	24	17	20	847
		HSH	40	43	43	35	52	22	1526
		TX/HD	1	3	4	1	2	2	184
		VERTICAL	5			1	1	2	139
		OTROS	16	8	12	8	9	4	291
	<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>314</b>	<b>330</b>	<b>316</b>	<b>293</b>	<b>220</b>	<b>9948</b>	
Infectado VIH	Categoría de transmisión	UDVP	106	123	120	132	126	92	2023
		HTX	10	15	10	14	16	12	133
		HSH	4	14	16	12	19	6	123
		TX/HD	2		1		2	2	21
		VERTICAL				1		1	2
		OTROS	10	15	7	10	11	9	310
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>167</b>	<b>154</b>	<b>169</b>	<b>174</b>	<b>122</b>	<b>2612</b>		
<b>Total</b>			<b>503</b>	<b>481</b>	<b>484</b>	<b>485</b>	<b>467</b>	<b>342</b>	<b>12560</b>

Gráfico I.9



### Prevalencia de casos de Sida a 31 de diciembre de 2003

A finales del año 2003 había 6.332 casos de Sida de los que no teníamos constancia de su fallecimiento. El 8,7% de ellos habían tenido contacto por última vez con el sistema sanitario antes de 1998.

De los 6.332 casos de Sida el 55% tienen entre 30 y 39 años. La distribución por género muestra que el 77,5% (4.828) de los adultos vivos con Sida son hombres, de entre ellos, el 23,1% son HSH, el 63,2% son o han sido UDVP y el 9,0% se han infectado por contacto heterosexual. De las 1.406 mujeres adultas que viven con Sida, el 32,0% se han infectado por contacto heterosexual y el 64,0% son o han sido UDVP. De los 96 niños (edad < 13 años) vivos con Sida, el 97,9% (94 casos) se han infectado por transmisión vertical y el resto por transfusiones o hemoderivados. (Tabla I.15).

A finales del año 2003, la prevalencia de Sida en adolescentes/adultos en la CM es de 126,9 casos por millón de habitantes ( $206,3/10^5$  en hombres y  $54,7/10^5$  en mujeres) y en niños (< 13 años) de  $14,8/10^5$  (Proyecciones de población del Instituto de Estadística de la CM).

**Tabla I.16**  
**Casos prevalentes de Sida en la CM a 31-12-2003**

		Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
Categoría de transmisión <sup>a</sup>	UDVP	3088	63,3%	899	61,8%	3987	63,0%
	HTX	436	8,9%	448	30,8%	884	14,0%
	HSH	1114	22,8%			1114	17,6%
	TX/HD	23	,5%	11	,8%	34	,5%
	VERTICAL	48	1,0%	49	3,4%	97	1,5%
	OTROS	168	3,4%	48	3,3%	216	3,4%
Grupo de edad	No consta	2	,0%	1	,1%	3	,0%
	Menor de 1	10	,2%	12	,8%	22	,3%
	1-4	22	,5%	26	1,8%	48	,8%
	5-12	15	,3%	11	,8%	26	,4%
	13-14	1	,0%	2	,1%	3	,0%
	15-19	21	,4%	7	,5%	28	,4%
	20-24	196	4,0%	111	7,6%	307	4,8%
	25-29	817	16,8%	319	21,9%	1136	17,9%
	30-34	1460	29,9%	441	30,3%	1901	30,0%
	35-39	1216	24,9%	318	21,9%	1534	24,2%
	40-44	538	11,0%	124	8,5%	662	10,5%
	45-49	250	5,1%	38	2,6%	288	4,5%
	50-54	159	3,3%	22	1,5%	181	2,9%
	55-59	78	1,6%	8	,5%	86	1,4%
Más de 59	92	1,9%	15	1,0%	107	1,7%	
<b>Total</b>		<b>4877</b>	<b>100,0%</b>	<b>1455</b>	<b>100,0%</b>	<b>6332</b>	<b>100,0%</b>

- a. UDVP: Usuarios o exusuarios de drogas por vía parenteral  
 HTX: Contacto heterosexual  
 HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres  
 TX/HD: Receptores de transfusión o hemoderivados contaminados  
 OTROS: incluyen aquellos con categoría de exposición desconocida, otra o que no consta

## BIBLIOGRAFÍA

1. CDC. Current trends: revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome for national reporting. United States. MMWR 1985; 34:373-375.
2. CDC. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. MMWR 1987; 36 (Nº SS-1): 1S-15S.
3. CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41(Nº RR-17): 1-19.
4. CDC. 1994 Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR 1994;43 (Nº. RR-12):1-10.
5. CDC. Late versus early testing of VIH -16 sites United States, 2000-2003. MMWR 2003;52(25):581-586.
6. CDC. AIDS Cases, Deaths and Persons Living with AIDS by Year, 1985-2002-United States. HIV/AIDS Surveillance Report, 2002; 14(1-40).

## VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH A TRAVÉS DE LOS LABORATORIOS. 31 DICIEMBRE DE 2003.

Hasta el 31 de diciembre de 2003, se han notificado 63.283 pruebas positivas de detección de anticuerpos anti-VIH. (Tabla II.1, Gráfico II.1). Desde los laboratorios hospitalarios se han notificado el 82,8% de las pruebas VIH positivas. Posiblemente gran parte de las pruebas notificadas por los centros extrahospitalarios son notificadas también por los hospitales cuando los infectados acuden allí, sin embargo, al ser la notificación a este sistema globalizada y totalmente anónima, es imposible cuantificar estas duplicidades, así como las duplicidades entre laboratorios y dentro de un mismo laboratorio (Gráficos II.2 y II.3).

De los casos de Sida notificados al registro regional y diagnosticados entre los años 1988 y 2003, el 26,2% han sido notificados por 2 hospitales diferentes, el 7,6% por 3 y el 2,4% por 4 o más hospitales diferentes, esto supone que si la notificación de caso de Sida fuese anónima se habrían notificado un 33,0% más de casos. Además, el 5,22% de los casos eran de fuera de nuestra Comunidad. Si aplicamos estas correcciones al número de pruebas positivas notificadas por los laboratorios podemos tener una estimación del número de seropositivos diagnosticados en nuestra Comunidad.

Sabemos que entre 1988 y finales de 2003 habían fallecido 12.732 personas residentes en la C.M. infectadas por VIH (diagnosticadas o no de Sida). Aplicando estas correcciones podríamos estimar el número de seropositivos vivos en nuestra comunidad a finales de 2003. Si la estimación se hace sólo sobre el número de pruebas positivas notificadas por los laboratorios hospitalarios, el número estimado de seropositivos vivos sería de 13.352 y si se hace sobre el total de pruebas positivas notificadas el número estimado sería de 18.766.

Tabla II.1

**Pruebas VIH positivas detectadas en los laboratorios de la CM  
1988-2003**

	Año de detección																TOTAL
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
La Paz	596	424	693	746	416	433	365	387	263	263	159	156	142	81	76	89	5289
Puerta de Hierro	106	100	105	168	151	114	85	30	65	49	60	48	56	54	59	62	1312
Santa Cristina	41	38	40	52	35	38	13	13	6	10	9	12	7	2	3	11	330
La Princesa	106	84	97	89	113	80	92	111	76	72	83	50	54	54	50	38	1249
Gregorio Marañón	842	749	693	649	679	519	421	361	499	446	434	394	397	549	412	292	8336
Ramon y Cajal	357	396	175	630	573	466	340	391	401	290	240	185	143	132	179	144	5042
Rey	724	582	488	558	620	126	374	195	144	163	204	88	75	48	53	68	4510
Severo Ochoa	161	170	138	173	163	116	93	80	75	75	64	54	41	49	53	47	1552
Clinico San Carlos	350	240	0	876	997	554	582	369	252	190	102	166	195	226	211	204	5514
12 Octubre	704	959	1068	1013	829	600	444	353	263	302	508	510	386	371	314	324	8948
Getafe	249	177	341	119	198	132	134	67	86	92	60	42	56	56	50	49	1908
Jimenez Diaz	121	130	249	205	226	243	226	178	198	188	173	175	142	187	67	126	2834
Mostoles	276	274	261	316	268	209	116	149	170	160	104	53	55	52	31	42	2536
Principe de Asturias	112	213	281	456	496	261	145	176	141	82	55	78	108	48	79	52	2783
Fundación Alcorcon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	55	50	67	31	55	261
<b>TOTAL HOSPITALES</b>	<b>4745</b>	<b>4536</b>	<b>4629</b>	<b>6050</b>	<b>5764</b>	<b>3891</b>	<b>3430</b>	<b>2860</b>	<b>2639</b>	<b>2382</b>	<b>2258</b>	<b>2066</b>	<b>1907</b>	<b>1976</b>	<b>1668</b>	<b>1603</b>	<b>52404</b>
Sandoval	530	431	408	400	392	310	213	181	162	134	153	158	146	147	128	139	4032
CPS Centro	212	42	52	44	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	366
Floristan Aguilar	82	21	563	624	509	389	182	130	113	95	175	135	96	39	78	68	3299
<b>TOTAL EXTRAHOSPITALARIOS</b>	<b>1118</b>	<b>557</b>	<b>1638</b>	<b>1736</b>	<b>1442</b>	<b>1088</b>	<b>577</b>	<b>441</b>	<b>388</b>	<b>324</b>	<b>436</b>	<b>293</b>	<b>242</b>	<b>186</b>	<b>206</b>	<b>207</b>	<b>10879</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5863</b>	<b>5093</b>	<b>6267</b>	<b>7786</b>	<b>7206</b>	<b>4979</b>	<b>4007</b>	<b>3301</b>	<b>3027</b>	<b>2706</b>	<b>2694</b>	<b>2359</b>	<b>2149</b>	<b>2162</b>	<b>1874</b>	<b>1810</b>	<b>63283</b>

Gráfico II.1

**Pruebas VIH positivas detectadas en los laboratorios de la CM  
1988-2003**

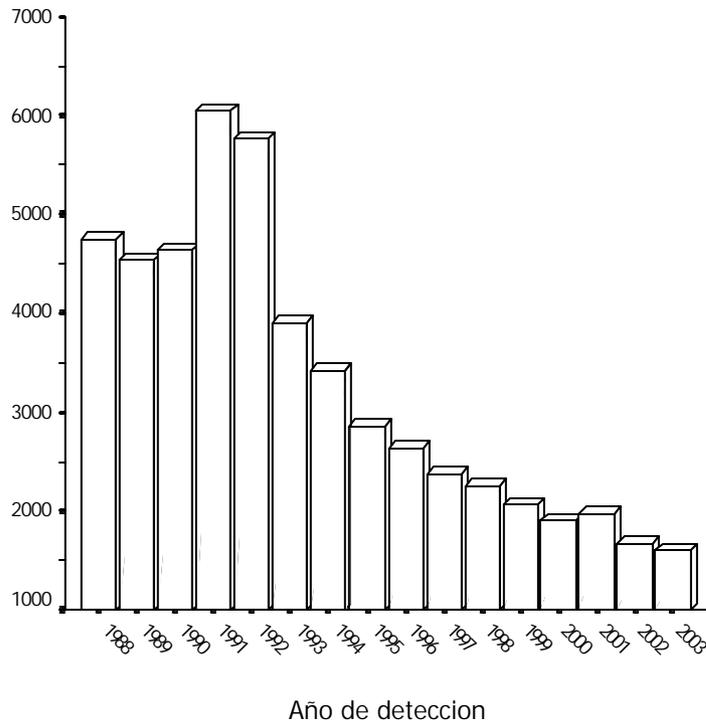


Gráfico II.2

**Pruebas VIH positivas detectadas en laboratorios hospitalarios de la CM  
1988-2003**

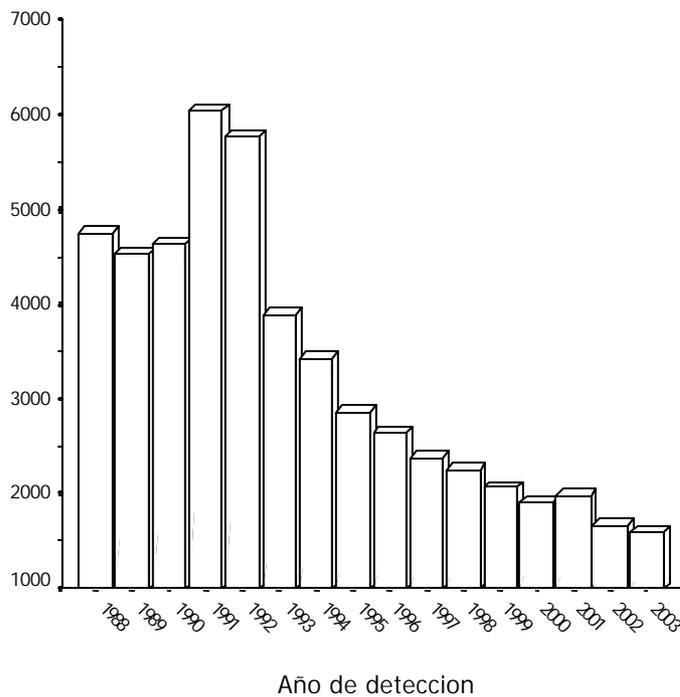
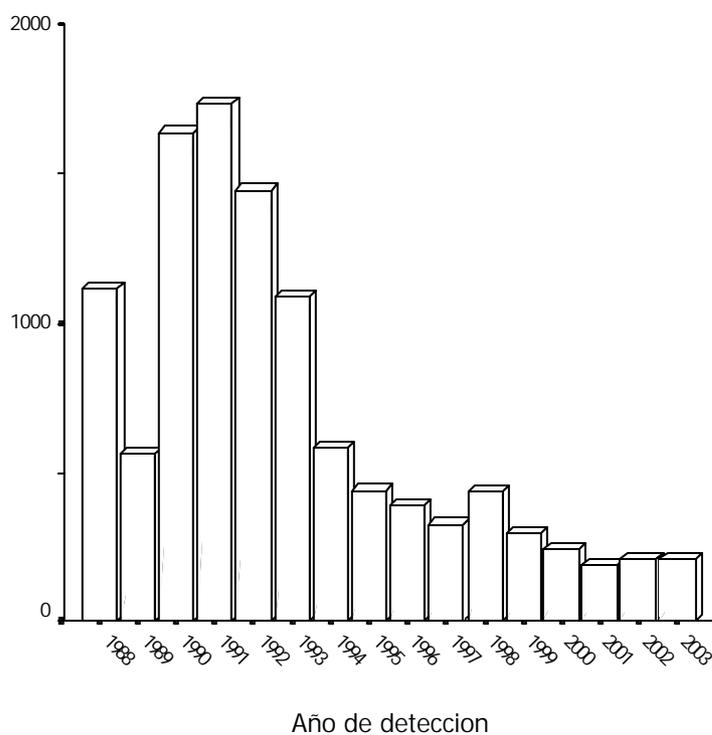


Gráfico II.3

Pruebas VIH positivas detectadas en laboratorios extrahospitalarios de la CM  
1988-2003



## VIGILANCIA DE LA TRANSMISION VERTICAL DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LA COMUNIDAD DE MADRID. 31 DICIEMBRE DE 2003

### Niños nacidos seropositivos con residencia en la CM 1984-2003

Entre enero de 1984 y diciembre del 2003 se han notificado 2.544 niños nacidos con anticuerpos anti-VIH; el 5,0% de las madres residían fuera de nuestra Comunidad (Tabla III.1). Del total, el porcentaje de infectados entre los niños con residencia fuera de la CM es significativamente mayor que entre los residentes en nuestra Comunidad (55,9% vs 15,4%;  $p = 0,000$ ), esta diferencia sigue manteniéndose en los últimos años (en el período 1998-2003: 2,1% vs 22,6%,  $p = 0,000$ ) (Tabla III.2).

La evolución de los 2.417 niños nacidos seropositivos entre el año 1984 y el 2003 y con residencia en la CM, se resume en la Tabla III.3. El 72,5% han seronegativizado, el 9,5% han desarrollado en algún momento una o más enfermedades indicativas de Sida y el 6,4% han fallecido (el 5,5% con diagnóstico de Sida, el 0,2% infectados por el VIH y el 0,6% en estadio de expuestos, por causas no relacionadas con la infección de VIH). El 10,6% se han perdido en el seguimiento y el 1,7% trasladaron su domicilio fuera de nuestra Comunidad.

Se considera que los niños han seronegativizado cuando la PCR correspondiente al tercer mes tras el nacimiento es negativa. Se consideran perdidos en el seguimiento cuando a los 15 meses del nacimiento no conocemos su situación.

La no coincidencia con el Registro de Sida en el número de casos por transmisión vertical, se debe a que aquí hablamos de niños nacidos en la Comunidad de Madrid y los casos de Sida se contabilizan como casos de la CM sólo si residen aquí, al diagnóstico de Sida, independientemente de donde residiesen al nacer.

El 61,9% de las madres de estos niños eran o habían sido usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP) y el 24,5% se había infectado por transmisión heterosexual (HTX) (Tabla III.4, Gráfico III.2).

La madre del 16,2% de los niños nacidos entre el año 2001 y el 2003 (345) era inmigrante (Tabla III.5), el 71,4% de ellas se había infectado por vía heterosexual.

Las tasas de transmisión vertical de la infección por VIH disminuyen a partir del año 1995 con la introducción de la profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo y/o parto y periodo neonatal en embarazos de riesgo. Primero la utilización del AZT y luego las terapias combinadas han hecho disminuir las tasas de transmisión de un 20,0% a un 14,8% en los años 1996-1997 y a menos de un 2,0% en los últimos años. Durante los años 2002 y 2003 no se ha notificado ningún niño nacido y residente en la CM que esté infectado (Tabla III.6 y Gráfico III.3).

Entre el año 1998 y el año 2003, el 76,0% de las madres e hijos recibieron profilaxis antirretroviral durante el embarazo y período perinatal, el 5,7% sólo recibió profilaxis el hijo y en el 0,7% no recibieron profilaxis ni la madre ni el hijo (Tabla III.7, Gráfico III.4). No hay diferencias significativas entre las mujeres inmigrantes y las españolas, ni entre aquellas infectadas por ser UDVP y por transmisión HTX.

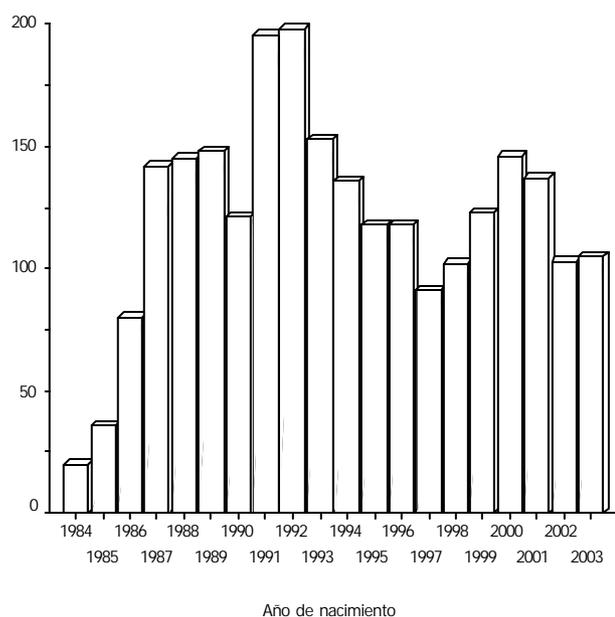
A finales de 2003 hay 215 niños que están en seguimiento, el 40,9% son varones. El 39,5% han desarrollado en algún momento de su evolución una o más enfermedades indicativas de Sida, y el 50,2% están infectados por el VIH (Tabla III.8).

La categoría clínica e inmunológica de estos niños se resume en la Tabla III.9. Hay que tener en cuenta que una vez que los niños se clasifican en una categoría, aunque con los tratamientos mejore su situación, ya no bajan de categoría. Esta tabla pues, nos indica los pacientes que alguna vez han estado en esas categorías aunque actualmente hayan mejorado desde el punto de vista clínico.

**Tabla III.1**

**Niños nacidos seropositivos en la Comunidad de Madrid  
por año de nacimiento y lugar de residencia materna  
(1984-2003).**

	Lugar de residencia				TOTAL	
	C.M.		OTRAS CCAA		n	%
	n	%	n	%		
1984	20	90,9%	2	9,1%	22	100,0%
1985	36	92,3%	3	7,7%	39	100,0%
1986	80	95,2%	4	4,8%	84	100,0%
1987	142	96,6%	5	3,4%	147	100,0%
1988	145	96,7%	5	3,3%	150	100,0%
1989	148	96,7%	5	3,3%	153	100,0%
1990	121	92,4%	10	7,6%	131	100,0%
1991	195	97,5%	5	2,5%	200	100,0%
1992	198	96,1%	8	3,9%	206	100,0%
1993	153	92,2%	13	7,8%	166	100,0%
1994	136	91,9%	12	8,1%	148	100,0%
1995	118	90,8%	12	9,2%	130	100,0%
1996	118	94,4%	7	5,6%	125	100,0%
1997	91	94,8%	5	5,2%	96	100,0%
1998	102	96,2%	4	3,8%	106	100,0%
1999	123	93,9%	8	6,1%	131	100,0%
2000	146	95,4%	7	4,6%	153	100,0%
2001	137	96,5%	5	3,5%	142	100,0%
2002	103	95,4%	5	4,6%	108	100,0%
2003	105	98,1%	2	1,9%	107	100,0%
TOTAL	2417	95,0%	127	5,0%	2544	100,0%

**Gráfico III.1 Niños nacidos seropositivos con residencia en la CM por año.****Tabla III.2 Transmisión vertical del VIH en niños nacidos seropositivos en la CM según el lugar de residencia de la madre.**

			Infectados		Expuestos		Total		
			n	%	n	%	n	%	
<b>Año de nacimiento</b>	<b>1998</b>	CM	3	2,9	99	97,1	102	100,0	
		Otra CCAA	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
	<b>1999</b>	CM	3	2,4	120	97,6	123	100,0	
		Otra CCAA	3	37,5	5	62,5	8	100,0	
	<b>2000</b>	CM	6	4,1	140	95,9	146	100,0	
		Otra CCAA	1	14,3	6	85,7	7	100,0	
	<b>2001</b>	CM	3	2,2	134	97,8	137	100,0	
		Otra CCAA			5	100,0	5	100,0	
	<b>2002</b>	CM			103	100,0	103	100,0	
		Otra CCAA	1	20,0	4	80,0	5	100,0	
	<b>2003</b>	CM			105	100,0	105	100,0	
		Otra CCAA			2	100,0	2	100,0	
	<b>Subtotal 1984-2003</b>		CM	372	15,4	2045	84,6	2417	100,0
			Otra CCAA	71	55,9	56	44,1	127	100,0
<b>Total 1984-2003</b>			443	17,4	2101	82,6	2544	100,0	

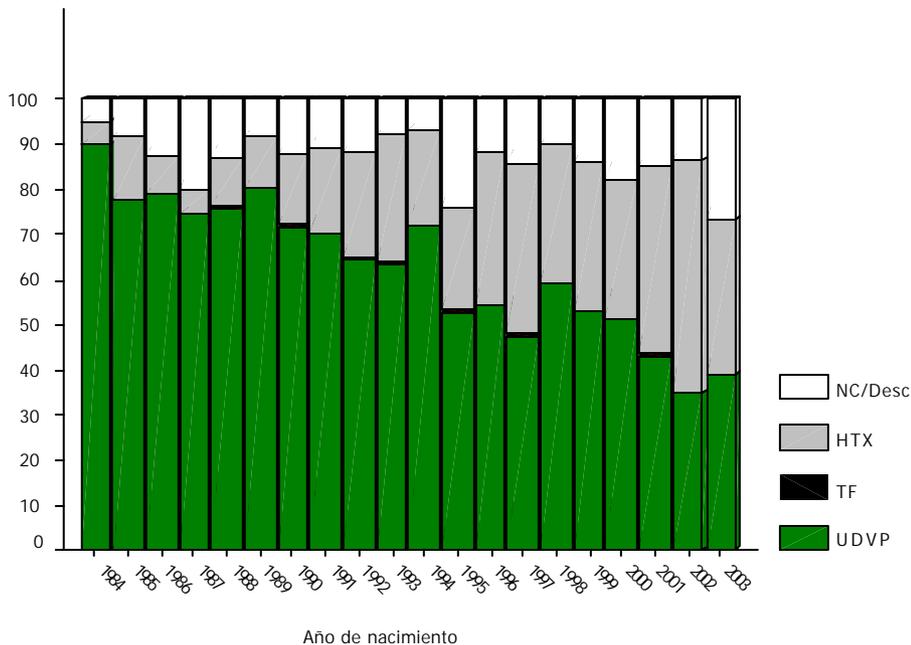
**Tabla III.3**

**Niños nacidos seropositivos con residencia materna en la CM por año de nacimiento y categoría de transmisión de la madre (1984 - 2003).**

Año de nacimiento		GRUPO DE TRANSMISION DE LA MADRE								Total	
		UDVP		Transfundida		Heterosexual		No consta/ Desconocido		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
1984	18	90,0%			1	5,0%	1	5,0%	20	100,0%	
1985	28	77,8%			5	13,9%	3	8,3%	36	100,0%	
1986	63	78,8%			7	8,8%	10	12,5%	80	100,0%	
1987	106	74,6%			8	5,6%	28	19,7%	142	100,0%	
1988	110	75,9%	1	,7%	15	10,3%	19	13,1%	145	100,0%	
1989	119	80,4%			17	11,5%	12	8,1%	148	100,0%	
1990	87	71,9%	1	,8%	18	14,9%	15	12,4%	121	100,0%	
1991	137	70,3%			37	19,0%	21	10,8%	195	100,0%	
1992	128	64,6%	1	,5%	46	23,2%	23	11,6%	198	100,0%	
1993	97	63,4%	1	,7%	43	28,1%	12	7,8%	153	100,0%	
1994	98	72,1%			29	21,3%	9	6,6%	136	100,0%	
1995	62	52,5%	1	,8%	27	22,9%	28	23,7%	118	100,0%	
1996	64	54,2%			40	33,9%	14	11,9%	118	100,0%	
1997	43	47,3%	1	1,1%	34	37,4%	13	14,3%	91	100,0%	
1998	60	58,8%			32	31,4%	10	9,8%	102	100,0%	
1999	65	52,8%			41	33,3%	17	13,8%	123	100,0%	
2000	75	51,4%			45	30,8%	26	17,8%	146	100,0%	
2001	59	43,1%	1	,7%	57	41,6%	20	14,6%	137	100,0%	
2002	36	35,0%			53	51,5%	14	13,6%	103	100,0%	
2003	41	39,0%			36	34,3%	28	26,7%	105	100,0%	
Total	1496	61,9%	7	,3%	591	24,5%	323	13,4%	2417	100,0%	

**Gráfico III.2**

**Niños nacidos seropositivos con residencia en la CM por año de nacimiento y grupo de transmisión materno (1984 - 2003)**



**Tabla III.4 Niños nacidos seropositivos con residencia en la CM por año de nacimiento  
Situación actual**

Año de nacimiento	SITUACIÓN ACTUAL												Total	
	EN SEGUIMIENTO			NEGATIVOS	PERDIDOS		A OTRA CCAA			FALLECIDOS				
	Infectados	Sida	Expuestos		Infectados	Expuestos	Infectados	Sida	Expuestos	Infectados	Sida	Expuestos		
1984	2	6		1	2			1			2	6		20
1985	2	6		9	2	2		3				12		36
1986	3	3		46	3	7	1	2				13	2	80
1987	2	6		97	4	18	1	1	1			9	3	142
1988	5	3		98		18	1		1	1		17	1	145
1989	7	8		90	1	27						13		148
1990	5	5		73		24	1	2		1		9	1	121
1991	10	10		120	1	33	3	1	1			15	1	195
1992	15	10		123	1	32				2		13	2	198
1993	5	8		106	1	21						10		153
1994	11	5		99		9	2					9	1	136
1995	11	3		83	1	7	2			2	2	6	1	118
1996	9	7		91		8		1	2					118
1997	9	2		71		5	1	1				1	1	91
1998	3			89		9				1				102
1999	3			108		11							1	123
2000	4	2		131		7				2				146
2001	2	1		134										137
2002			6	95		2								103
2003			16	88									1	105
Total	108	85	22	1752	16	240	12	12	16	6	133	15		2417

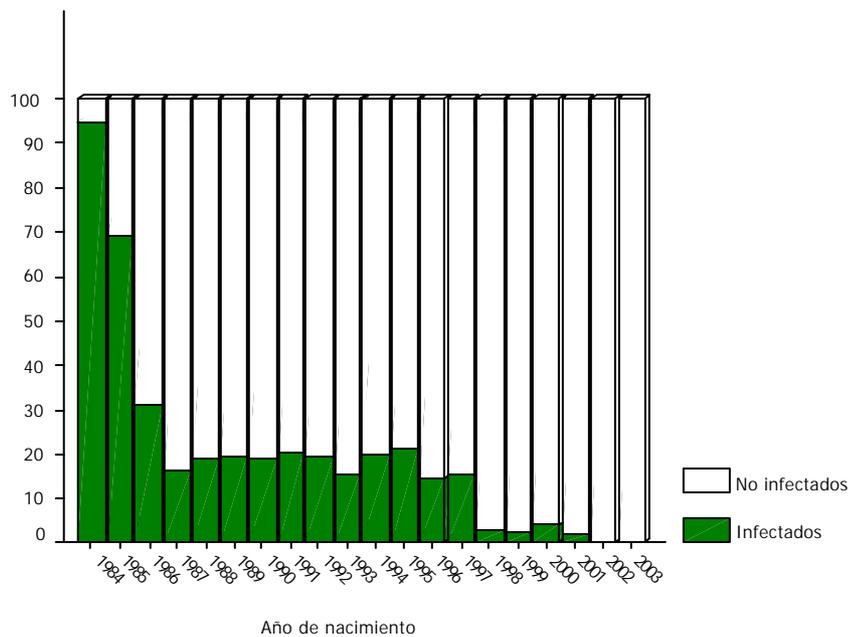
**Tabla III.5 Niños nacidos seropositivos en los años 2001, 2002 y 2003  
con residencia materna en la CM por grupo de transmisión y país de origen de la madre**

	GRUPO DE TRANSMISION DE LA MADRE		Pais de origen				Total	
			Fuera de España		España		n	%
			n	%	n	%		
2001	GRUPO DE TRANSMISION DE LA MADRE	ADVP	8	13,6%	51	86,4%	59	100,0%
		Transfundida			1	100,0%	1	100,0%
		Heterosexual	11	19,3%	46	80,7%	57	100,0%
		No consta/Desconocido	1	5,0%	19	95,0%	20	100,0%
	Subtotal		20	14,6%	117	85,4%	137	100,0%
2002	GRUPO DE TRANSMISION DE LA MADRE	ADVP	5	13,9%	31	86,1%	36	100,0%
		Heterosexual	22	41,5%	31	58,5%	53	100,0%
		No consta/Desconocido	1	7,1%	13	92,9%	14	100,0%
	Subtotal		28	27,2%	75	72,8%	103	100,0%
2003	GRUPO DE TRANSMISION DE LA MADRE	ADVP			41	100,0%	41	100,0%
		Heterosexual	7	19,4%	29	80,6%	36	100,0%
		No consta/Desconocido	1	3,6%	27	96,4%	28	100,0%
	Subtotal		8	7,6%	97	92,4%	105	100,0%
Total			56	16,2%	289	83,8%	345	100,0%

**Tabla III.6**  
**Niños nacidos seropositivos con residencia materna en la CM**  
**porcentaje de infectados por año de nacimiento**  
**1984-2003**

	INFECTADO		TOTAL	
	n	%	n	%
1984	19	95,0%	20	100,0%
1985	25	69,4%	36	100,0%
1986	25	31,3%	80	100,0%
1987	23	16,2%	142	100,0%
1988	27	18,6%	145	100,0%
1989	29	19,6%	148	100,0%
1990	23	19,0%	121	100,0%
1991	40	20,5%	195	100,0%
1992	39	19,7%	198	100,0%
1993	24	15,7%	153	100,0%
1994	27	19,9%	136	100,0%
1995	25	21,2%	118	100,0%
1996	17	14,4%	118	100,0%
1997	14	15,4%	91	100,0%
1998	3	2,9%	102	100,0%
1999	3	2,4%	123	100,0%
2000	6	4,1%	146	100,0%
2001	3	2,2%	137	100,0%
2002			103	100,0%
2003			105	100,0%
TOTAL	372	15,4%	2417	100,0%

**Gráfico III.3**  
**Niños nacidos seropositivos con residencia materna en la CM:**  
**porcentaje de infectados por año de nacimiento 1984-2004**



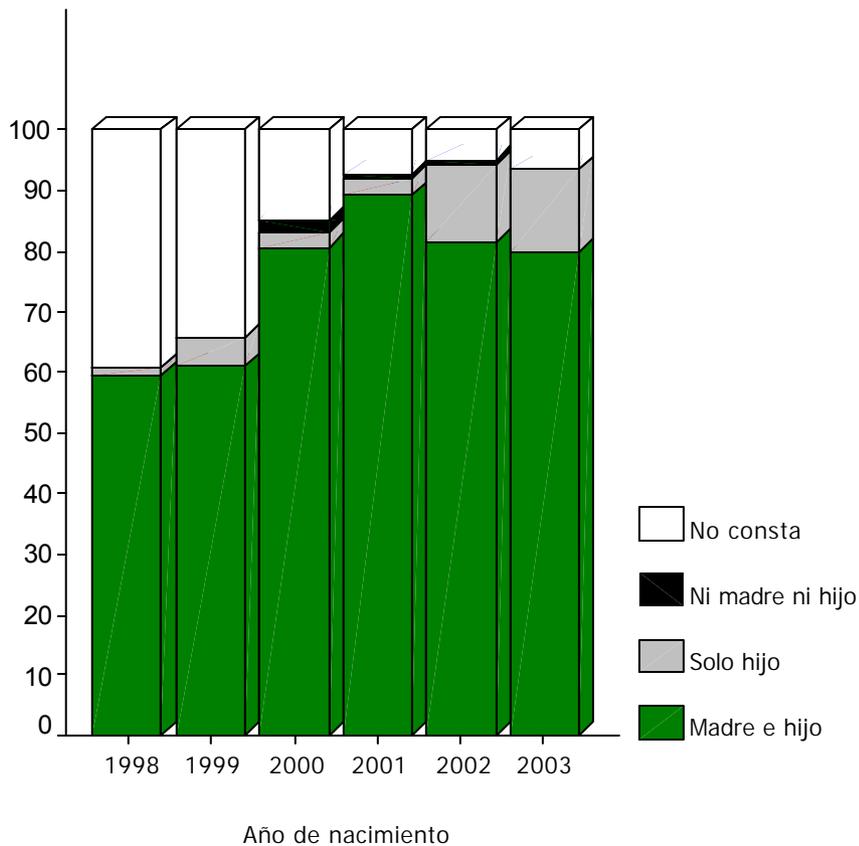
**Tabla III.7**

**Niños nacidos seropositivos con residencia materna en la CM  
 Profilaxis antirretroviral (AR) de la transmisión vertical según año de nacimiento  
 1998-2003**

		Profilaxis antirretroviral de la transmisión vertical								Total	
		Madre e hijo		Solo hijo		Ni madre ni hijo		No consta		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Año de nacimiento	1998	61	59,8%	1	1,0%			40	39,2%	102	100,0%
	1999	75	61,0%	6	4,9%			42	34,1%	123	100,0%
	2000	118	80,8%	3	2,1%	3	2,1%	22	15,1%	146	100,0%
	2001	122	89,1%	4	2,9%	1	,7%	10	7,3%	137	100,0%
	2002	84	81,6%	13	12,6%	1	1,0%	5	4,9%	103	100,0%
	2003	84	80,0%	14	13,3%			7	6,7%	105	100,0%
Total		544	76,0%	41	5,7%	5	,7%	126	17,6%	716	100,0%

**Gráfico III.4**

**Niños nacidos seropositivos con residencia materna en la CM  
 Profilaxis antirretroviral (AR) de la transmisión vertical según año de nacimiento  
 1998-2003**



**Tabla III.8 Niños seropositivos residentes en la CM en seguimiento el 31-12-2003 según año de nacimiento, sexo y situación clínica**

		Hombre			Mujer			Total
		Infectados	Sida	Expuestos	Infectados	Sida	Expuestos	
Año de nacimiento	1984	1	3		1	3		8
	1985	1			1	6		8
	1986	2	2		1	1		6
	1987	1	2		1	4		8
	1988	3	3		2			8
	1989	3	3		4	5		15
	1990	2	2		3	3		10
	1991	4	6		6	4		20
	1992	6	7		9	3		25
	1993	2	3		3	5		13
	1994	3	3		8	2		16
	1995	2			9	3		14
	1996	2	3		7	4		16
	1997	5	1		4	1		11
	1998	1			2			3
	1999				3			3
	2000	3	2		1			6
	2001				2	1		3
2002			1			5	6	
2003			6			10	16	
Total		41	40	7	67	45	15	215

**Tabla III.9 Niños seropositivos, residentes en la Comunidad de Madrid, en seguimiento el 31-12-2002 según año de nacimiento y categoría clínica – inmunológica <sup>1</sup>**

Año de nacimiento	Expuestos	N1	N2	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	Total
1985					1		1	1		1	1	3	8
1986				2					2		1	1	6
1987					2					1	1	3	8
1988				2					3			3	8
1989		1			3	1	1	3			2	4	15
1990			1		2			2	1	2		2	10
1991		1		1	1	1	1	2	5	1		7	20
1992		1		3	2	4	1	1	5	1	2	5	25
1993		1				1		5		2	1	3	13
1994				2	4		1	1	3	1	1	3	16
1995				4	2	3	1	1				3	14
1996				4	1	1		3		1	4	2	16
1997				4	4			1			1	1	11
1998		1		1		1							3
1999				2			1						3
2000		1		2	1							2	6
2001			1			1						1	3
2002	6												6
2003	16												16
Total	22	6	2	27	23	14	7	20	21	10	14	49	215

<sup>1</sup> CDC. 1994 Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age; official authorized addenda: human immunodeficiency virus infection codes and official guidelines for coding and reporting ICD-9-CM. MMWR 1994;43(Nº. RR-12):1-19

## ACCIDENTES CON MATERIAL POTENCIALMENTE CONTAMINADO POR EL VIH EN PERSONAL SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID 31 DE DICIEMBRE DE 2003.

Se han notificados 2.775 accidentes con material potencialmente contaminado por el VIH en personal sanitario de la CM ocurridos desde 1985 hasta 2003, tres resultaron en seroconversión (años 1990, 1992 y 1998).

El 75,0% de los accidentes ocurrieron en mujeres. La mediana de edad de las personas accidentadas fue de 32 años. El 74,8% de los accidentes fueron inoculaciones (pinchazos o heridas con objetos cortantes). El 57,9% fue personal o estudiantes de enfermería y el 20,9% médicos o estudiantes de medicina. El 50,7% de los accidentes ocurrieron en el área clínica.

La muestra, fuente del posible contagio, fue la sangre en el 95,4% de las inoculaciones y en el 89,0% de los contactos mucocutáneos.

Para incluir un accidente en el registro es necesario que la fuente sea conocida como positiva y que la determinación basal del accidentado sea negativa documentada. El seguimiento considera la determinación de anticuerpos anti-VIH en los 3, 6 y 12 meses después del accidente. Si no se realiza una de las determinaciones en el seguimiento, pero una posterior es negativa se asume como negativa. Sólo se considera finalizado el seguimiento cuando se realiza la detección del doceavo mes post-accidente.

Se considera abandono, cuando el notificador así lo comunica o si a los 24 meses del accidente no se comunica la actualización correspondiente al mes 12 del seguimiento.

Según los criterios anteriores, el 47,4% de los accidentes notificados abandonaron el seguimiento, el 17,4% tras haberse realizado únicamente el control basal. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el 70,3% del total se realizaron la detección correspondiente al sexto mes (Tabla IV.1).

En la Tabla IV.2 se resumen las características de los accidentes notificados, ocurridos entre 1998 y 2003.

Entre el año 1992, en el que se notificaron el mayor número de accidentes (259), hasta el año 2003, los accidentes notificados han disminuido un 77%. Hay que tener en cuenta, que tres hospitales han dejado de notificar al registro, uno en el año 1998, otro en 1999 y el tercero en el año 2000. En el año 1998, último año en que estos tres hospitales notificaron, sus notificaciones supusieron el 34% del total de ese año.

Por tipo de accidente la disminución entre los años 1992 y 2003, es mayor en los accidentes por inoculación (81,6%) que en los que ocurren por contacto mucocutáneo (60%) (Gráfico IV.1). Por área donde ocurrió el accidente han disminuido un 84,5% los ocurridos en el área clínica, un 79% en urgencias y laboratorios, un 75,5% en el área quirúrgica y un 50% en las unidades de cuidados especiales (Gráfico IV.2). Por categoría profesional han

disminuido un 82,7% en el personal de enfermería mientras que entre el personal médico han disminuido un 47,6% (Gráfico IV.3).

Esta disminución, refleja la buena práctica de medidas preventivas universales en el medio sanitario, pero también refleja la subnotificación de los accidentes ocurridos.

**Tabla IV.1**

**Accidentes notificados en personal sanitario de la Comunidad de Madrid  
con material potencialmente contaminado por VIH (31-12-2003)**

	En seguimiento	Fin del seguimiento VIH(-)	Fin del seguimiento VIH(+)	Abandono	Total
Realizada solo detección basal	16			485	501 (18,1%)
Realizada detección a los 3 meses	21			301	325 (11,7%)
Realizada detección a los 6 meses	38		3	530	568 (20,5%)
Realizada detección a los 12 meses		1381			1381 (49,8%)
<b>Total</b>	<b>75 (2,7%)</b>	<b>1381 (49,8%)</b>	<b>3 (0,1%)</b>	<b>1316 (47,4%)</b>	<b>2775 (100,0%)</b>

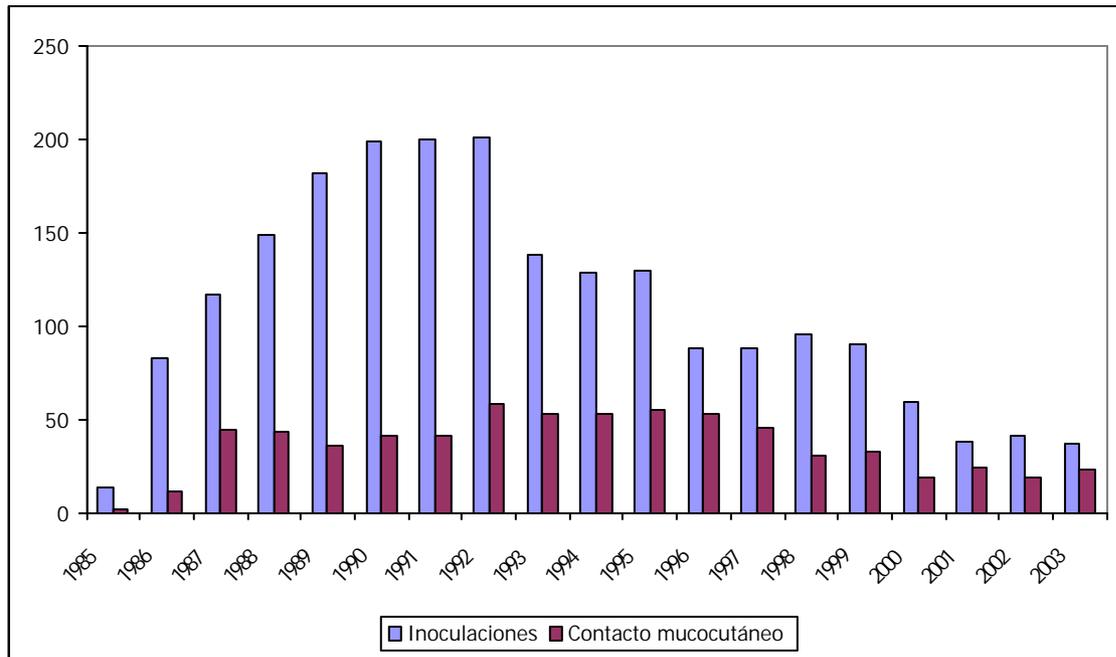
Tabla IV.2

**Accidentes en personal sanitario de la Comunidad de Madrid  
con material potencialmente contaminado por VIH.  
1998-2003**

		Año del accidente						Total
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Género	Hombres	39	45	27	14	19	23	167
	Mujeres	88	78	51	49	41	37	344
Grupo de edad	No consta	7	5	11	8	5	15	51
	15-19	1						1
	20-24	8	12		3	5	5	33
	25-29	17	29	13	12	10	8	89
	30-34	19	22	16	8	4	8	77
	35-39	24	10	11	9	11	5	70
	40-44	19	15	13	7	12	4	70
	45-49	17	14	8	8	6	4	57
	50-54	9	3	1	5	4	9	31
	55-59	5	8	2	2	2	2	21
	60 y más	1	5	3	1	1		11
Tipo de accidente	No consta				1			1
	Pinchazo	91	80	53	35	37	34	330
	Herida con objeto cortante	5	10	6	3	4	3	31
	Contacto con mucosas	2	3			6	1	12
	Contacto con conjuntivas		2	1			1	4
	Contacto con piel	29	28	18	24	13	21	133
Área donde ocurrió el accidente	No consta	3		2	3	3	8	19
	Urgencias	22	19	10	10	10	7	78
	Clínica	38	52	22	19	15	23	169
	Quirúrgica	32	27	20	13	21	11	124
	Laboratorio	19	14	7	6	3	4	53
	Cuidados especiales	11	6	13	12	8	6	56
Categoría profesional	Médic@s/estudiantes medicina	36	38	24	19	24	22	163
	Enfermer@s/estudiantes enfermería	60	63	31	30	30	28	242
	Ayudantes técnicos de laboratorio	9	6	2	6	5	2	30
	Auxiliares sanitari@s	12	11	13	5	1	7	49
	Celador@s	7		3	1		1	12
	Personal de limpieza	1	1	1				3
	Otros	2	4	4	2			12
<b>Total</b>		<b>127</b>	<b>123</b>	<b>78</b>	<b>63</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>511</b>

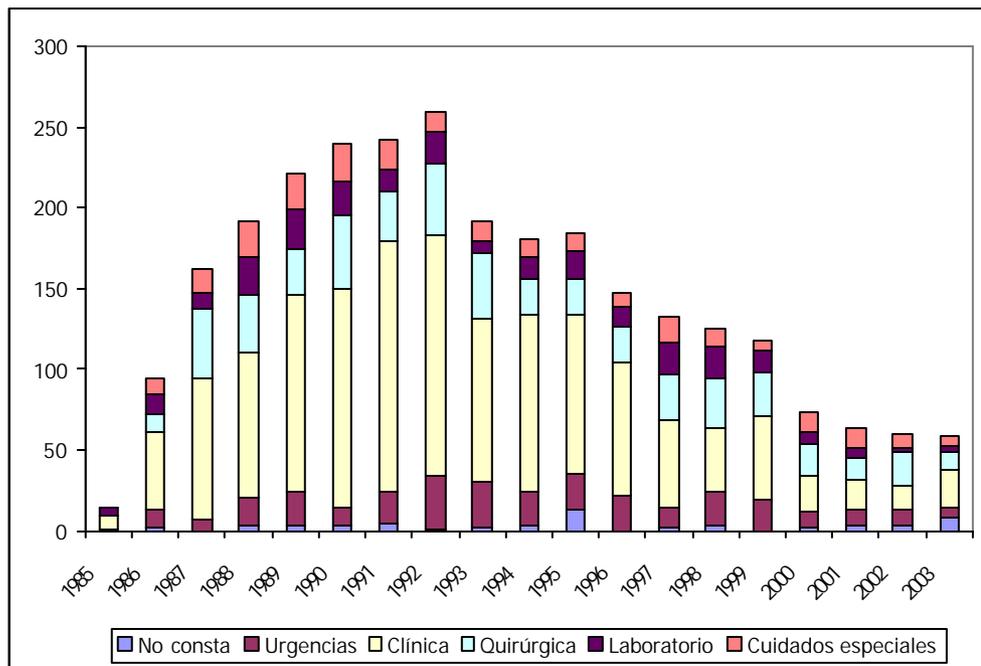
**Gráfico IV.1**

**Accidentes notificados en personal sanitario de la CM, con material potencialmente contaminado por el VIH por año 31-12-2003**



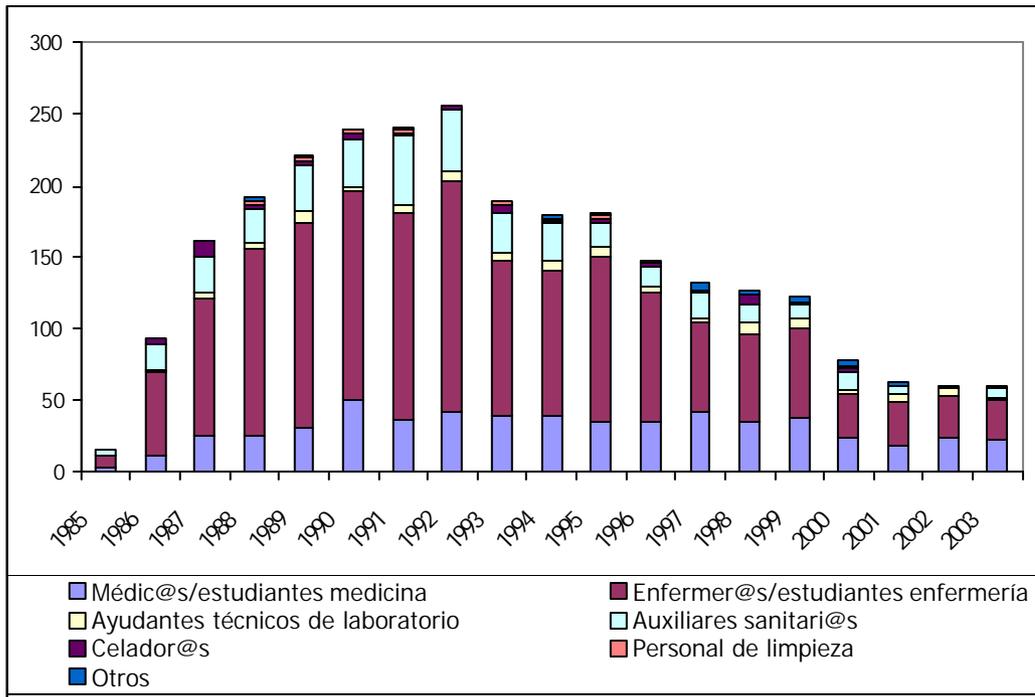
**Gráfico IV.2**

**Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según el área donde se produjo el accidente y el año. 31-12-2003**



**Gráfico IV.3**

**Accidentes en personal sanitario de la CM con material potencialmente contaminado por VIH según el grupo profesional y el año. 31-12-2003**



## SISTEMA DE VIGILANCIA DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO RELACIONADOS CON LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN USUARIOS DE DROGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. CORTE TRANSVERSAL CORRESPONDIENTE AL AÑO 2002

### INTRODUCCIÓN

Las condiciones de marginalidad y los modos de consumo poco higiénicos asociados al consumo de drogas ilegales: cocaína, heroína y mezcla de ambas drogas en la Comunidad de Madrid (CM), han facilitado la transmisión de agentes infecciosos como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B o el de la hepatitis C entre los consumidores, sobre todo entre aquellos que utilizan la vía parenteral (UDVP) (1).

Debido a los modos de consumo de drogas ilegales, la infección por VIH se extendió en los años 70 y 80 rápidamente en este colectivo (UDVP), llegando a suponer hoy el 68% de todos los casos de Sida diagnosticados entre 1982 y 2003.

Aunque el número de nuevas infecciones por el VIH detectadas en UDVP ha disminuido en los últimos años debido en gran parte, a la implantación de programas de reducción del daño, la tasa de prevalencia en este colectivo continúa siendo muy alta, por ello, pequeñas variaciones en los modos de consumo pueden provocar grandes aumentos en la incidencia de la infección (2-9).

Los modos de consumo asociados a la transmisión de enfermedades por vía parenteral, varían entre los usuarios de los programas de reducción de daño (10-11) y los usuarios en activo fuera de estos programas (12).

Para monitorizar la evolución de los modos de consumo, las variaciones en la prevalencia de HIV y la efectividad de los programas preventivos en funcionamiento se implantó, en 1999 en la CM, un sistema de vigilancia de comportamientos de riesgo entre usuarios de drogas ilegales en consumo activo, localizados en su medio (7), a través de cuestionarios (13,14). Una detección rápida de cambios en los modos de consumo permitiría la pronta respuesta con el fin de cortar la cadena de transmisión.

El objetivo del presente estudio es analizar el consumo de drogas entre los consumidores en activo y estimar la prevalencia de la infección por VIH en este colectivo en el año 2002 en la CM.

### METODOLOGÍA

Al no disponer de un marco muestral adecuado, a partir del cual seleccionar los sujetos de estudio, se utilizaron diferentes estrategias de muestreo no aleatorias.

Las zonas de muestreo se eligieron de acuerdo a las zonas con mayor incidencia de consumidores de drogas diagnosticados de SIDA. Se incluyó una banda que transcurre desde Alcalá de Henares, en el este de la CM, hasta Móstoles, en el suroeste, pasando por barrios del este y sur, y dos importantes zonas de venta (hipermercados de drogas) de Madrid capital.

En Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz se utilizaron muestreos en “bola de nieve”, en las demás zonas seleccionadas se utilizaron muestreos dirigidos en zonas de reunión de los consumidores (15-17). Los usuarios se seleccionaron en parques públicos, zonas de venta, paradas de las ‘cundas’ (coches particulares que se ponen a disposición de particulares para acercarlos a comprar droga) hipermercados de las drogas y dispositivos de asistencia social donde pueden comer, ducharse y lavar la ropa. El 33,3% de la muestra se obtuvo en zonas de venta de las drogas (las Barranquillas y Pitis). En las Barranquillas se utilizó un procedimiento de muestreo secuencial, se elegía uno de cada diez toxicómanos que pasaban cerca del dispositivo de intercambio de jeringuillas, para evitar los sesgos introducidos por los entrevistadores.

Los cuestionarios fueron rellenados por personas que trabajan habitualmente con toxicómanos. Se utilizaron miembros de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que mantienen dispositivos de ayuda a toxicómanos y/o trabajan en programas de intercambio de jeringuillas. En los lugares donde se disponía de un local adecuado se referían a éste para la realización de la entrevista. En los muestreos en bola de nieve y en aquellos sitios donde no se disponía de local, se realizaba la entrevista en el lugar de localización del usuario.

Para la estandarización de los métodos de recogida de datos a través de encuesta cerrada se realizó un curso de formación que garantizara la homogeneidad del proceso.

Se entrevistó de lunes a sábado a diferentes horas del día con la intención de cubrir la franja horaria de 9 a 24 horas. Para fomentar la participación de los usuarios en el estudio, se ofreció una ayuda equivalente a 6 euros. Antes de iniciar la entrevista se informó sobre los objetivos del estudio, la inocuidad de la toma de una muestra de saliva para la detección de anticuerpos anti-VIH y se solicitó el consentimiento informado para ambas actividades.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: ser mayor de edad legal (18 años) y haber consumido en el último mes cocaína y/o heroína y/o la mezcla de ambas.

El cuestionario incluía variables sociodemográficas básicas como el género, la edad, la nacionalidad, la situación de pareja, la situación personal y laboral, la estancia en prisión y variables referidas a la historia consumo de cocaína, heroína y la mezcla de ambas drogas en la vida y en el último mes (drogas consumidas y forma de consumo: inyectada y, esnifada o fumada). En el caso de consumo inyectado en el último mes, se estudiaron las prácticas de consumo asociadas a la transmisión de la infección por VIH. Las variables de consumo se midieron con una escala cuantitativa del 1 al 5, desde ningún día del mes hasta todos los días de la semana. Se solicitó información sobre realización de la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH y sobre su resultado. Se incluyó un apartado sobre la utilización de servicios de atención al drogodependiente y de otros recursos sanitarios. Un último apartado recabó información sobre situación de pareja y utilización del condón tanto con su pareja habitual si la tuviera como con parejas ocasionales.

La muestra de saliva se obtuvo utilizando salivettes Sarstedt. Durante la realización de la entrevista que duraba una media de 15 minutos, se introducía la torunda de algodón junto a la encía. El entrevistador incitaba a mover la torunda a lo largo de la encía con el fin de obtener una muestra suficiente de saliva para la realización de las pruebas diagnósticas. Después de finalizar la entrevista se instaba al entrevistado a dar un último movimiento a la torunda a lo largo de la mandíbula. Las muestras fueron conservadas en neveras portátiles. Cada día se recogían las muestras de los diferentes puntos, se centrifugaban y se conservaban a  $-40^{\circ}\text{C}$  (18-20). Para la detección de anticuerpos frente al VIH, se utilizó Gacelisa de Abbot, específica para la realización de la prueba en saliva.

En el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias para las variables cualitativas y ordinales. Para estimar el tiempo transcurrido entre el consumo esnifado o fumado de cada una de las drogas y su consumo por vía parenteral se realizó un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. En el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows versión 11.0

## RESULTADOS

Los cuestionarios se administraron de forma homogénea entre los diferentes puntos de muestreo. En total se reclutaron 302 consumidores de drogas. Tras la depuración de la base de datos 2 cuestionarios que estaban incompletos no fueron incluidos en el análisis, con lo que la muestra final constaba de 300 cuestionarios.

La distribución de las variables sociodemográficas se presenta en la Tabla 1. La distribución de edades no sigue una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov  $p = 0.034$ ) con una mediana de 36 años y un sesgo hacia las edades más altas. Un 5,0% de los entrevistados eran de origen foráneo.

El perfil de los entrevistados muestra un alto índice de marginalidad: el 46,3 % vive solo, el 44,7 % vive en la calle o en recursos sociales, el 71,7% está en el paro; el 22,7% no tienen ningún tipo de estudios; un 25,7% obtiene su dinero del trapicheo, un 35,7% de actividades no regladas, y un 17,0 % de la venta de cosas robadas. El 56,0% ha estado alguna vez en la cárcel, el 50% de ellos más de 2 veces con una mediana de 30 meses de estancia en prisión.

La tabla 2 resume la historia de consumo y el consumo en el último mes de los entrevistados.

Del total de los entrevistados, el 14,3% nunca ha utilizado la vía parenteral con ninguna droga y el 80,7% había consumido alguna vez en la vida alguna droga por vía parenteral. El 56,3% del total había iniciado el consumo con la vía parenteral independientemente de la droga consumida.

Con aquellos que no iniciaron el consumo por vía parenteral (147 de mezcla, 156 de heroína y 175 de cocaína) se ha realizado un análisis de supervivencia para estimar el tiempo

transcurrido entre el inicio de la droga por vía esnifada/fumada y el consumo por la vía parenteral, que para todas ellas la mediana fue de 10 años. De ellos, al final del seguimiento (coincidente con el momento de la entrevista), el 43,5% de los consumidores de mezcla, el 43,3% de los de heroína y el 42,9% de los de cocaína seguían sin consumir por vía parenteral. (Gráficos 1A,1B,1C).

En el último mes, el 51,2% (124) de los entrevistados utilizaban la vía parenteral y el 78,3% fumaban o esnifaban. La droga más consumida fue la cocaína tanto por vía parenteral (34,1% del total) como fumada o esnifada (64,8%), seguida de la mezcla (31,3% y 43,3%) y la heroína (18,4% y 44,1%) (Gráfico 2). Con frecuencia al consumo de estas drogas se asocia el uso de otras: el 67,7% bebe alcohol, el 62,3% consume hachís, el 52,7% benzodiacepinas, el 3,3% éxtasis y sólo un entrevistado toma anfetaminas.

Las drogas para su consumo las compran: el 80,3% en los poblados (Barranquillas, Pitis y otros) y el 42,7% en el barrio.

Entre los que se habían inyectado en el último mes, la utilización de jeringuillas es alta: el 34,0% usan más de 120 jeringuillas al mes y el 24,2% entre 30 y 120. El 72% obtienen las jeringuillas nuevas en los dispositivos móviles de intercambio, el 70% en las farmacias, el 65% las compran a los vendedores de los poblados, y el 37% las obtienen en el centro de venopunción del poblado de las Barranquillas.

El 43,5% reutilizan su propia jeringuilla varias veces siendo la mediana de uso antes de desecharla de 2 inyecciones. Un 3,2% se han inyectado con jeringuillas recogidas del suelo y antes de usarlas, el 20,0% referían limpiarlas con lejía y el 50,0% con agua corriente.

El 8,1% (n=10) de los inyectores en el último mes se habían inyectado con jeringuillas previamente usadas por otro, el 55,7% habían compartido el material de preparación de la dosis y el 7,3% habían cargado droga desde una jeringuilla ya usada (Tabla 3). El 5,6% dicen pasar su jeringuilla a otra persona y el 8,9% repartieron a otros, droga disuelta desde una jeringuilla ya usada por ellos.

De los 10 que compartieron jeringuillas, 7 lo hicieron en los poblados, 2 en la calle o parques y 1 en su casa. Las jeringuillas usadas provenían: 5 de amigos, 3 de la pareja habitual, 2 de conocidos casuales y 1 de traficantes (machacas). La frecuencia con la que comparten las jeringuillas es baja: 8 lo hacen de 1 a 3 veces por mes y 2 de una a tres veces por semana. De entre ellos, 8 dicen limpiar siempre las jeringuillas pero sólo 2 lo hacen con lejía, 5 la limpian con agua corriente, 1 con agua hirviendo y 1 con amoníaco.

En el momento de la entrevista, decían estar en un programa de metadona el 48,7% de los entrevistados. De entre ellos, un menor porcentaje, aunque no significativo, consumía la droga por vía parenteral (37,0% vs 45,5%,  $p = 0,137$ ). También un menor porcentaje consumía heroína y mezcla. El porcentaje de los que consumían cocaína no difería significativamente de los que no estaban en metadona. Los que estaban en metadona y consumían cocaína inyectada se ponían de media menos inyecciones diarias y en general los que se inyectaban utilizaban un menor número de jeringuillas que los que no estaban en

metadona (Tabla 4). Sin embargo, no existen diferencias significativas entre ellos, respecto a los comportamientos que suponen riesgo de transmisión del VIH a la hora de inyectarse.

El 94,3% de los entrevistados se había realizado la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH alguna vez en la vida, de ellos, el 76,0% en los años 2001 ó 2002. La prevalencia auto-referida de infección por VIH fue del 38,5% (el 47,4% de entre los que se habían inyectado alguna vez y el 2% entre los que nunca se habían inyectado). Los resultados de la prueba (ELISA) de las 266 muestras válidas de saliva, reflejaron una prevalencia de infección por el VIH del 44,7%. De los que se decían seronegativos (170), el 21,2% dieron un resultado positivo y de los que se decían seropositivos (109), el 18,3% lo dieron negativo.

En la regresión logística, la probabilidad de tener un resultado positivo en la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH en saliva aumenta con los años de consumo por vía parenteral (OR = 1,061 IC95%:1,028-1,094  $p < 0,05$ ) y con los meses de estancia en la cárcel (OR = 1,005 IC95%:1,000-1,010  $p < 0,05$ ).

Aquellos con un resultado positivo en la prueba, tienen una media de 14,5 años de consumo mientras que en los negativos es de 10,7 años ( $p < 0,05$ ) (Gráfico 3).

De los que se auto-referían como seropositivos, el 56,9% dice estar en tratamiento, el 15,0 % refiere que según el médico no lo necesita o que está bien de defensas, el 9,3% no quiere tomar tratamiento y el 2,3% dice que ha abandonado el tratamiento.

En los últimos seis meses, el 41,0% de los entrevistados refieren haber tenido problemas de salud, sin embargo, el 81% dice haber acudido a algún dispositivo de atención sanitaria durante ese tiempo: el 31,7% al centro de salud, el 27,3% a urgencias, el 24,7% al médico de su CAD, el 18,7% ingresó en el hospital, el 18,3% a la consulta de VIH y el 12,7% al dispositivo de venopunción de las Barranquillas.

En los dos últimos años con la finalidad de dejar de consumir, el 51,0% dice haber estado en un programa de metadona, el 27,3% en centros específicos de atención (CAD, UAD, CAID...), el 6,5% en desintoxicación (en el hospital o en la cárcel) y el 15,7% en una comunidad terapéutica o en centros privados.

Las medidas de prevención para la transmisión sexual del VIH difieren de forma significativa según el tipo de pareja: el 44,3% refiere mantener una relación de pareja estable en el momento de la entrevista. El 67,7% refiere que su pareja es seronegativa y el 43,0% que su pareja se no se ha inyectado drogas nunca. La seroconcordancia frente al VIH entre las parejas es estadísticamente significativa: el 44,0% de los positivos tienen una pareja positiva y el 77,6% de los negativos tienen una pareja negativa.

La utilización de condón se modifica según el estado serológico frente al VIH propio y al de la pareja. Entre los que se refieren como positivos con una pareja estable negativa el 61,5 % utiliza siempre el condón y el 23,1% nunca, mientras que entre los que se refieren como negativos con pareja estable positiva estos porcentajes se invierten: sólo el 20,0% lo usa siempre y el 53,3% nunca. Cuando ambos son positivos estos porcentajes cambian a 0% y 68,2% respectivamente (Tabla 5). Por género, la única diferencia que se observa es que los

hombres positivos suelen tener con más frecuencia una pareja negativa que las mujeres (74,1% vs 26,1%,  $p = 0,002$ ), sin embargo no se aprecian diferencias significativas por género en la frecuencia del uso de condón sea la pareja positiva o negativa.

En los últimos seis meses el 30,8% refiere haber tenido sólo una pareja ocasional y el 8,2% más de una. El 66,7% había tenido parejas ocasionales consumidoras de drogas. La utilización del condón difería según la situación frente al VIH del entrevistado, utilizaron siempre el condón el 58,8% de los que se referían no infectados por el VIH y el 63,4% de los que se referían infectados aunque, estas diferencias no alcanzaron significación estadística (Tabla 5).

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la encuesta realizada en el año 2002 continúan presentando un escenario de alto riesgo para la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas ilegales entrevistados en la CM, al seguir inyectándose de una manera insegura más del 50% de los inyectores de drogas.

A pesar de que en los programas de intercambio se incluyó en el año 2000 el suministro de depósitos estériles donde preparar la mezcla y de que la oferta de jeringuillas se incrementa año tras año, se continúa compartiendo el material de preparación de la dosis y reutilizando las jeringuillas, cogiéndolas del suelo y compartiéndolas. Seguimos pues, estando lejos de la meta de “una jeringa una dosis” que garantiza la higiene del consumo parenteral (21-23). Los programas de disminución del daño deberían centrarse en dispositivos móviles en los poblados de venta, dado el alto porcentaje de consumidores que allí acuden a comprar su dosis. Habría que discriminar si la ubicación de los puntos de intercambio y los horarios en que se realizan son los más adecuados a las necesidades del consumo (24).

Numerosos estudios avalan la eficacia del programa de metadona en la disminución de los modos de consumo de alto riesgo y en la adherencia de los usuarios a otros programas (25-28). En este estudio, el 48,7% de los entrevistados estaban en programa de metadona, porcentaje superior a años previos, posiblemente en relación al incremento de plazas de metadona de baja exigencia. Los incluidos en el programa de metadona consumen drogas con menor frecuencia y cantidad, y cuando lo hacen, la vía de consumo preferente es la esnifada o fumada, sin embargo no se observan diferencias en cuanto a los modos de inyección que suponen riesgo de transmisión del VIH.

Los datos de prevalencia de VIH entre los consumidores de drogas en la CM ha variado de forma significativa entre los diferentes estudios (29-31). Esto puede ser debido a diferencias en los criterios de selección de la muestra: usuarios en activo, usuarios de programas de reducción de daños, porcentaje de inyectores, etc. En los dos últimos años, los escenarios de muestreo fueron similares y los resultados obtenidos en el año 2002 muestran una tasa de prevalencia alta, similar al corte realizado del año 2001 (7) y diferente a otros estudios (32). La prevalencia de la infección por VIH está relacionada de forma positiva con el tiempo de consumo por vía intravenosa, pero no está relacionada de forma significativa con el hecho de dar o recibir jeringuillas usadas ni con compartir el material de preparación de la dosis lo que facilita la transmisión de la infección entre ellos. El tiempo de estancia en la

cárcel está relacionado de forma positiva con estar infectado por el VIH. Para disminuir el riesgo asociado al consumo en prisión es necesario fomentar los programas de intercambio de jeringuillas (33,34) y de sustitución por metadona en las prisiones o posibilitar la sustitución de las penas de reclusión al estar en programas de deshabituación.

En cuanto a la transmisión sexual del VIH se está muy lejos de una utilización racional de las medidas de protección. A pesar de que un alto porcentaje tienen relaciones sexuales con una pareja estable seropositiva (28,6%) y/o consumidora, en algún momento, de drogas por vía parenteral (55,6%), sólo el 23,3% utilizan siempre el condón. En las relaciones sexuales con parejas esporádicas el porcentaje de los que utilizan siempre el condón se incrementa de forma significativa. El trabajo de prevención de la transmisión sexual debe ir dirigido a las relaciones sexuales con la pareja estable, donde, además de la accesibilidad a los preservativos o el conocimiento sobre la transmisión del VIH, otros factores podrían intervenir en la decisión de utilizar condón (35-39).

Las limitaciones de este estudio son las mismas que las de los cortes realizados en años previos (1999-2001) por emplear la misma metodología (7): las referidas a validez externa, a la compensación económica por entrevista realizada, al sesgo de memoria o a la de excluir a parte de los consumidores de fin de semana, al realizar el estudio de lunes a sábado.

Como conclusión de este corte transversal, dado el alto consumo no higiénico de jeringuillas, sigue vigente la necesidad de mantener y potenciar los programas de intercambio de las mismas, sobre todo en las zonas de venta donde acuden de forma habitual la gran mayoría de los consumidores a comprar su dosis. El efecto de la metadona sobre la frecuencia y vías de consumo de estas drogas apoya la utilidad de programas de baja exigencia. A pesar del alto porcentaje de los entrevistados que dicen haberse hecho la prueba y conocer su situación respecto a la infección por el VIH, el 14,3% estaban infectados sin saberlo y el 63,8% de los positivos están sin tratamiento. Ya que el conocimiento de la situación frente al VIH puede facilitar la modificación de comportamientos de riesgo (40) y que el tratamiento antirretroviral disminuye la infectividad pero también puede dar una idea falsa de seguridad sobre la transmisión del VIH (41), es necesario insistir en la realización de la prueba y facilitar el acceso a la misma, propiciar la supervisión de los tratamientos para asegurar la adherencia a los mismos e impedir en lo posible la aparición de resistencias (42,43) y promover comportamientos seguros tanto sexuales como en las formas de inyectarse.

**TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID. NOVIEMBRE 2002**

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
	n=300 (%)
<b>GÉNERO</b>	
Masculino	233 (77,7%)
Femenino	67 (22,3%)
<b>EDAD:</b>	
19-24	10 (3,3%)
25-29	31 (10,3%)
30-34	84 (28,0%)
35-39	98 (32,7%)
40-44	57 (19,6%)
Más de 44	19 (6,3%)
<b>NACIONALIDAD</b>	
Española	285 (95,0%)
Otras	15 (5,0%)
<b>DONDE HAN VIVIDO DURANTE EL ÚLTIMO MES</b>	
En la calle	92 (30,7%)
En casa (domicilio fijo)	150 (50,0%)
En casa (sin domicilio fijo)	73 (24,3%)
Recursos sociales	42 (14,0%)
En la cárcel	5 (1,7%)
<b>SITUACIÓN DE PAREJA</b>	
Viven solos	139 (46,3%)
Estable con convivencia	72 (24,0%)
Estable sin convivencia	42 (14,0%)
Viudedad	9 (3,0%)
Separado	32 (10,7%)
No consta	6 (2,0%)
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	
Ninguno	68 (22,7%)
Graduado escolar/EGB	169 (56,3%)
Formación profesional	18 (6,0%)
Grado Medio	31 (10,3%)
Grado Superior	13 (4,3%)
No consta	1 (0,3%)
<b>SITUACIÓN LABORAL EN EL MOMENTO ESTUDIO</b>	
Trabajo fijo	17 (5,7%)
Trabajo eventual	33 (11,0%)
Parado	215 (71,7%)
Jubilado/Pensionista	33 (11,0%)
No consta	2 (0,6%)
<b>CÓMO OBTIENE HABITUALMENTE EL DINERO</b>	
Trabajo remunerado	75 (25,0%)
Prestaciones sociales	106 (35,3%)
Actividades no regladas	107 (35,7%)
Trapicheo	77 (25,7%)
De compañero/a, familiares	73 (24,3%)
Sexo por dinero (prostitución)	6 (2,0%)
Venta de cosas robadas	51 (17,0%)
<b>HA ESTADO ALGUNA VEZ EN LA CÁRCEL</b>	<b>168 (56,0%)</b>

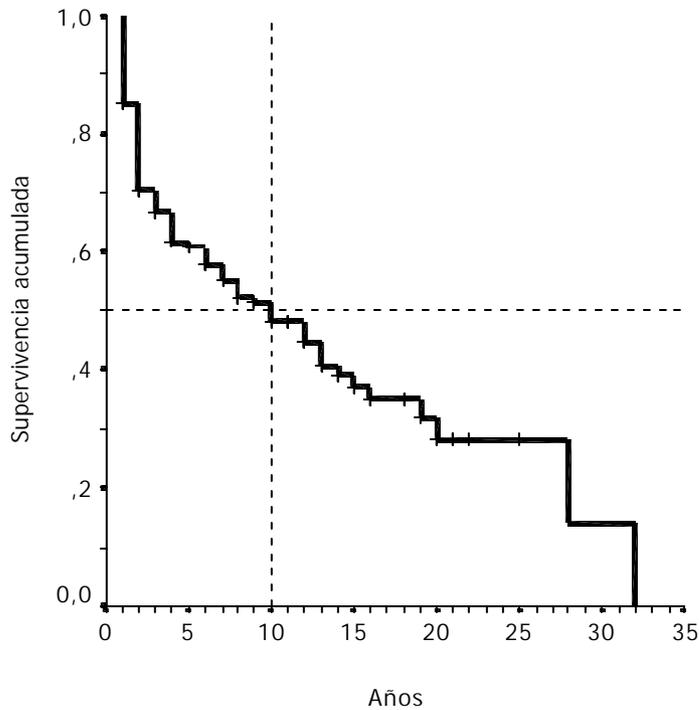
**TABLA 2**  
**CONSUMO DE DROGAS ENTRE LOS USUARIOS DE DROGAS EN LA**  
**COMUNIDAD DE MADRID.**  
**NOVIEMBRE 2002.**

		<b>HEROÍNA- COCAINA</b>	<b>HEROÍNA</b>	<b>COCAINA</b>
Número de consumidores		275	282	293
% consumidores		91,7	94,0	97,7
<b>HISTORIA DE CONSUMO</b>				
Edad al inicio del consumo	Mediana	19	18	18
	Media (IC 95%)	21,1 (20,3-22,0)	19 (18,4-19,6)	19,4 (18,8-20,0)
% consumidores que han utilizado alguna vez la vía parenteral		76,2	75,8	74,1
Edad al inicio del consumo por vía parenteral	Mediana	20	19	20
	Media (IC 95%)	21,9 (20,9-22,9)	20,4 (19,5-21,3)	21,3 (20,4-22,2)
% que inician el consumo por vía parenteral		46,5	44,2	39,9
<b>CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES</b>				
% que consumen el último mes	Ningún día	37,5	48,9	14,3
	Todos los días	30,5	19,5	24,2
% que esnifa/fuma el último mes	Ningún día	56,7	58,9	35,2
	Todos los días	12,4	14,2	13,3
Número diario de rayas/chinos en el último mes	Mediana	2	2	3
	Media (IC 95%)	3,3 (2,7-3,9)	2,8 (2,4-3,2)	3,4 (3,0-3,8)
% que se inyecta el último mes	Ningún día	68,7	81,6	65,9
	Todos los días	20,4	6,4	11,3
Número diario de inyecciones en el último mes	Mediana	4	2	3
	Media (IC 95%)	5,9 (4,6-7,2)	3,6 (2,5-4,5)	3,9 (3,2-4,6)

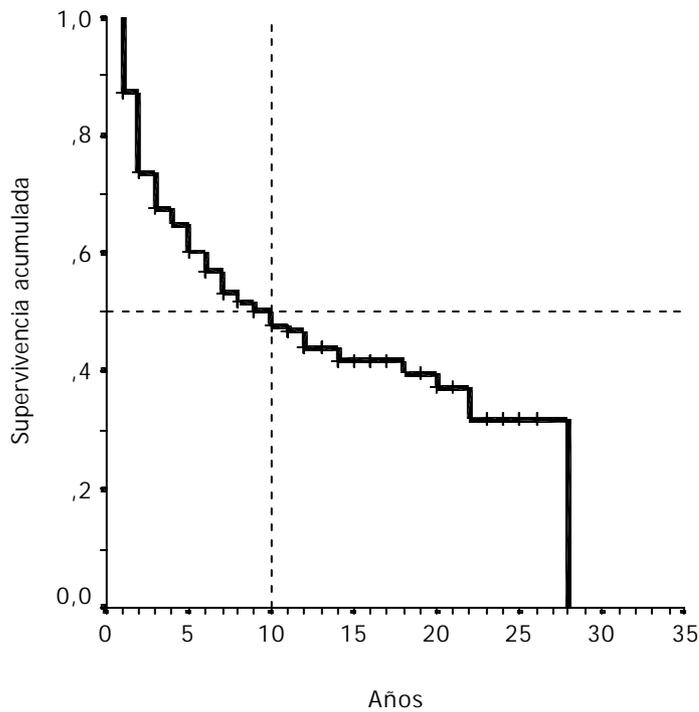
**GRÁFICO 1**

**Tiempo entre el consumo esnifado/fumado y el parenteral de aquellos entrevistados que no iniciaron su consumo por la vía parenteral según la droga consumida. Función de supervivencia**

**A.- MEZCLA DE COCAÍNA Y DE HEROÍNA**



**B.- HEROÍNA**



C.- COCAÍNA

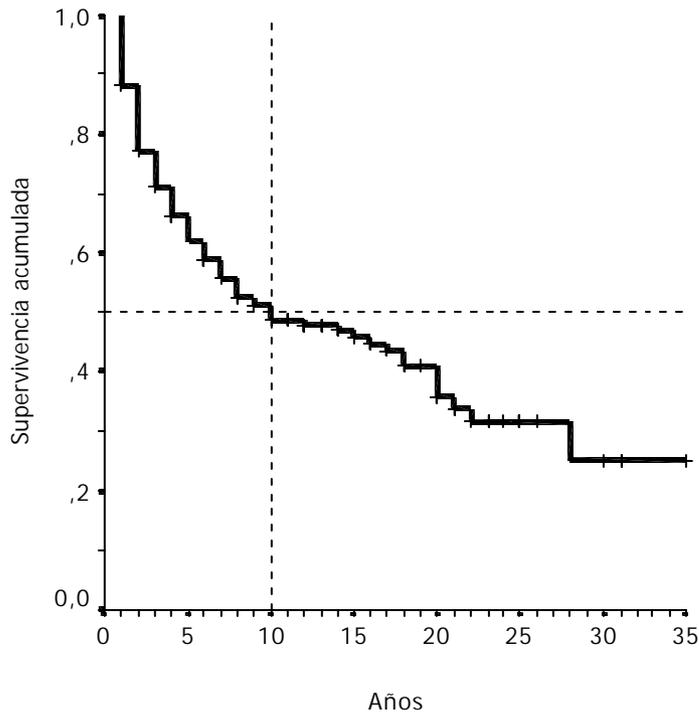


GRÁFICO 2

TIPO DE DROGA Y FRECUENCIA DE CONSUMO EN EL ÚLTIMO MES  
NOVIEMBRE 2002

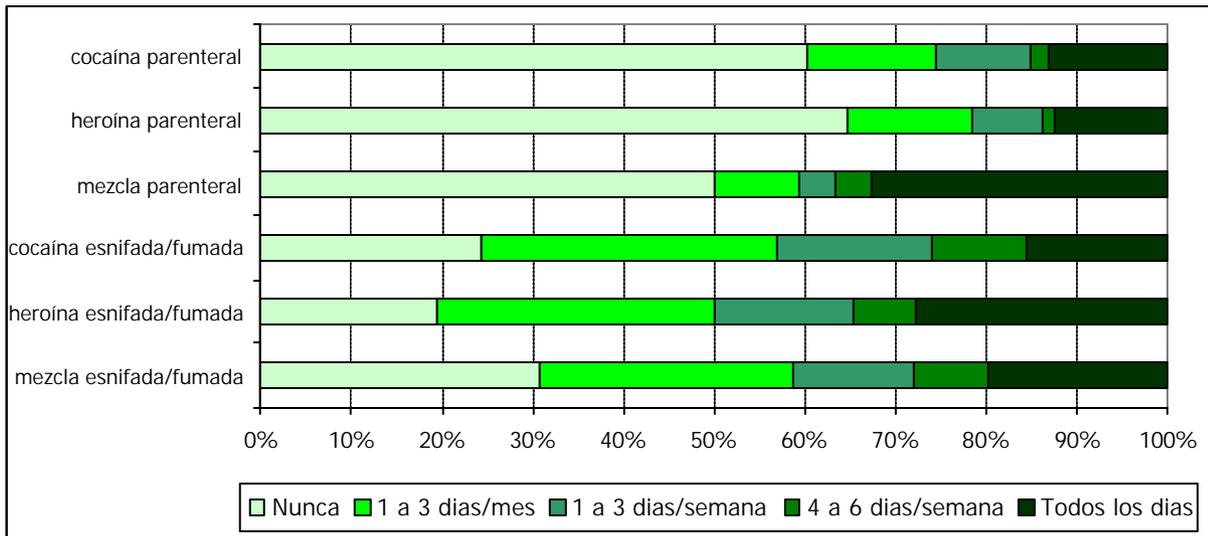


TABLA 3

**MODOS DE PREPARACIÓN DE LA DROGA Y FORMAS DE INYECCIÓN ASOCIADAS A LA TRANSMISIÓN DEL VIH EN LOS CONSUMIDORES DE DROGA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. NOVIEMBRE 2002.**

		<b>SI</b> comparten el material de preparación de la dosis <b>Y</b> cogen droga disuelta de una jeringa ya usada	<b>SI</b> comparten el material de preparación de la dosis <b>PERO NO</b> cogen droga disuelta de una jeringa ya usada	<b>NO</b> comparten el material de preparación de la dosis <b>NI</b> cogen droga disuelta de una jeringa ya usada	Total
Utilizan jeringas ya usadas por otros	Si	4 (3,2%)	4 (3,2%)	2 (1,6%)	10 (8,1%)
	No	5 (4,0%)	56 (45,2%)	53 (42,7%)	114 (91,9%)
Total		9 (7,3%)	60 (48,4%)	55 (44,3%)	124 (100%)

? Todos los porcentajes se calculan sobre el total: 124 que se inyectan el último mes

? Todos los que cogen droga disuelta de una jeringa ya usada, también comparten el material de preparación de la dosis

TABLA 4

**CONSUMIDORES DE DROGA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.  
DIFERENCIAS EN LOS MODOS DE CONSUMO ENTRE LOS EN EL MOMENTO  
DE LA ENTREVISTA ESTABAN EN UN PROGRAMA DE METADONA Y LOS QUE  
NO.  
NOVIEMBRE 2002.**

		En metadona (n=146)	No en metadona (n=154)	p
Consumen <b>mezcla esnifada/fumada</b>		33,6%	45,5%	0,035
% que consumen todos los días		14,3%	38,6%	0,008
Número diario de rayas/chinos en el último mes	Mediana	2	3	
	Media (IC 95%)	2,8 (1,9-3,7)	3,7 (2,8-4,5)	n.s.
Consumen <b>mezcla intravenosa</b>		16,4%	40,3%	0,000
% que consumen todos los días		45,8%	72,6%	0,007
Número diario de inyecciones en el último mes	Mediana	3	5	
	Media (IC 95%)	4,6 (2,6-6,6)	6,5 (4,9-8,0)	n.s.
Consumen <b>heroína esnifada/fumada</b>		32,9%	44,2%	0,045
% que consumen todos los días		8,3%	52,9%	0,000
Número diario de rayas/chinos en el último mes	Mediana	1	3	
	Media (IC 95%)	2,4 (1,3-3,5)	3,7 (2,5-4,9)	n.s.
Consumen <b>heroína intravenosa</b>		8,9%	25,3%	0,000
% que consumen todos los días		23,1%	38,5%	n.s.
Número diario de inyecciones en el último mes	Mediana	1	2	
	Media (IC 95%)	2,3 (1,2-3,4)	4,1 (2,7-5,5)	n.s.
Consumen <b>cocaína esnifada/fumada</b>		66,4%	60,4%	n.s.
% que consumen todos los días		15,5%	25,8%	n.s.
Número diario de rayas/chinos en el último mes	Mediana	2	3	
	Media (IC 95%)	3,3 (2,1-4,6)	3,8 (2,8-4,8)	n.s.
Consumen <b>cocaína intravenosa</b>		32,9%	33,8%	n.s.
% que consumen todos los días		20,8%	44,2%	n.s.
Número diario de inyecciones en el último mes	Mediana	2	3	
	Media (IC 95%)	3,1 (2,2-3,9)	4,7 (3,5-5,8)	0,027
Utilización de jeringas entre los que se inyectaron el último mes:				
? <30		64,8%	22,9%	0,000
? 30-120		20,4%	27,1%	
? >120		14,8%	48,6%	

n.s.: p>0,05, no estadísticamente significativo

TABLA 5

**UTILIZACIÓN DEL CONDÓN  
CON LA PAREJA ESTABLE Y LAS PAREJAS OCASIONALES.  
NOVIEMBRE 2002.**

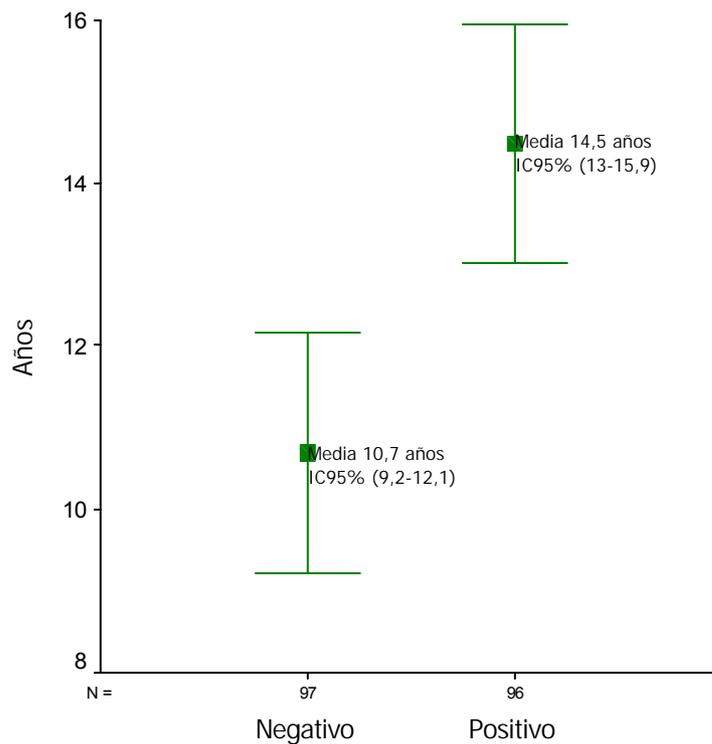
		Utilización del condón	Pareja estable (n=133)*			Parejas ocasionales (n=117)**
			VIH (+)	VIH (-)	Total	
VIH autorreferido por el entrevistado/a	VIH (+)	Siempre	0,0% (0/22)	61,5% (16/26)	33,3% (16/48)	63,4% (26/41)
		Nunca	68,2% (15/22)	23,1% (6/26)	43,7% (21/48)	17,1% (7/41)
	VIH (-)	Siempre	20,0% (3/15)	16,9% (10/59)	17,6% (13/74)	58,8% (40/68)
		Nunca	53,3% (8/15)	57,6% (34/59)	56,7% (42/74)	23,5% (16/68)

(\*). Se excluyen 5 que no se habían hecho la prueba, 2 no saben el resultado y 4 no saben la situación de la pareja

(\*\*). Se excluyen 7 no se habían hecho la prueba y 1 no sabe el resultado

GRÁFICO 3

**AÑOS DE CONSUMO Y RESULTADO DE LA PRUEBA EN SALIVA  
NOVIEMBRE 2002**



**BIBLIOGRAFIA**

1. Lopez-Zetina J, Kerndt P, Ford W, Woerhle T, Weber M. Prevalence of HIV and hepatitis B and self-reported injection risk behavior during detention among street-recruited injection drug users in Los Angeles County, 1994-1996. *Addiction* 2001;96:589-95.
2. Consejería de Sanidad. Instituto de Salud Pública. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informes: Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH-SIDA en la Comunidad de Madrid, hasta diciembre de 2002. 2003;9:66-72.
3. Hurley SF, Jolley DJ, Kaldor JM. Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *The Lancet* 1997;349:1797-1800.
4. Kral AH, Bluthenthal RN, Booth RE, Watters JK. HIV Seroprevalence among Street-Recruited Injection Drug and Crack Cocaine Users in 16 US Municipalities. *American Journal of Public Health* 1998;88:108-113.
5. Bravo MJ, Barrio G., de la Fuente de Hoz, Royuela L, Colomo C, Rodríguez A. Evolución de la prevalencia de la infección por VIH y de las prácticas de riesgo de inyección entre inyectores de drogas infectados o no por el VIH de tres ciudades españolas. *Rev Clin Esp* 2000;200:355-9.
6. Brogly SB, Bruneau J, Vincelette J, Lamothe F, Franco EL. Risk behaviour change and HIV infection among injection drug users in Montreal. *AIDS* 2000; 14:2575-82.
7. Sistema de vigilancia de comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH en usuarios de drogas en la Comunidad de Madrid. Corte transversal correspondiente al año 2001. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2002;5:82-96.  
<http://www.comadrid.es/sanidad/salud/vigilancia/boletín/index.htm>.
8. Mikl J, Bruckova M, Jedlicka J, Maly M, Vyslouzilova S, Douda I, et al. High prevalence of HIV risk-behavior and the identification of predictors for sharing injecting materials among young drug users in Prague, Czech Republic. *Cent Eur J Public Health* 2001;9:228-35.
9. Estrada A. Epidemiology of HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C, and tuberculosis among minority drug users. *Public Health Rep* 2002;117:S126-34.
10. Hahn JA, Vranizan KM, Moss AR. Who Uses Needle Exchange? A study of Injection Drug Users in Treatment in San Francisco, 1989-1990. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1997; 15:157-64.

11. Des Jarlais DC, Perlis T, Friedman SR, Chapman T, Kwok J, Rockwell R et al. Behavioral Risk Reduction in a Declining HIV Epidemic: Injection Drug Users in New York City, 1990-1997. *American Journal of Public Health* 2000; 90:1112-6.
12. Ouellet J, Thorpe E, Huo D, Bailey L, Jiménez D, Johnson A et al. Prevalence and Incidence of HIV among Out-of-Treatment Injecting Drug Users, Chicago 1994-1996. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2000;25:443-50.
13. Goldstein MF, Friedman SR. Self reports of HIV risk behavior by injecting drug users: are they reliable?. *Addiction* 1995 90:1097-104.
14. McElrath K, Chitwood DD, Griffin DK, Comerford M. The consistency of self-reported HIV risk behavior among injection drug users. *Am J Public Health* 1994;84:1965-70.
15. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling. Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological methods Research* 1981;19:141-63.
16. García G; Gutiérrez E; Morante L. Bola de Nieve: Guía didáctica del taller para agentes de salud. EDIT: Grupo GID, 2004
17. Watters JK, Biernacki P. Targeted Sampling: options for the study of hidden populations. *Social Problems* 1989;36:416-30.
18. Tamashiro H, Constantine NT. Serological diagnosis of HIV infection using oral fluid samples. *Bulletin of the World Health Organization* 1994;72:135-143.
19. Dickson NP, Austin FJ, Paul C, Sharples KJ, Skegg DC. HIV surveillance by testing saliva from injecting drug users: a national study in New Zealand. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1994;48:55-7.
20. Judd A, Hunter GM, Maconochie N, Hickman M, Parry JV, Renton AM, et al. HIV prevalence and risk behaviour among female injecting drug users in London, 1990 to 1996. *AIDS* 1999;13:833-7.
21. Van Ameijden EJ, Langendam MW, Notenboom J, Coutinho RA. Continuing injecting risk behaviour: results from the Amsterdam Cohort Study of drug users. *Addiction* 1999; 94:1051-61.
22. Gaskin S, Brazil C, Pickering D. The sharing of injecting paraphernalia by intravenous drug users (IDUs) within a Worcestershire cohort, with specific reference to water and filters. *International Journal of Drug Policy* 2000; 11:423-35.
23. Gleghorn A, Wright-De Agüero L, Flynn C. Feasibility of One-Time Use of Sterile Syringes: A study of Active Injection Drug Users in Seven United States Metropolitan Areas. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1998;18:530-6.

24. Miller CL, Tyndall M, Spittal P, Li K, Palepu A, Schechter MT. Risk-taking behaviours among injecting drug users who obtain syringes from pharmacies, fixed sites, and mobile van needle exchanges. *J Urban Health* 2002;79:257-65.
25. Stark K, Muller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I. Methadone maintenance treatment and HIV risk-taking behavior among injecting drug users in Berlin. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996; 50:534-37.
26. Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999;13: 1807-18.
27. Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 2001;15:1329-41.
28. Celentano CC, Muñoz A, Cohn S, Vlahov D. Dynamics of behavioral risk factors for HIV/AIDS: a 6-years prospective study of injection drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 61:315-22.
29. Bravo MJ, Barrio G; de la Fuente L, Colomo C, Royuela L. Persistencia de conductas de riesgo para la transmisión del VIH en inyectores de drogas de Madrid, Sevilla y Valencia. *Gac Sanit* 1999;13:109-18.
30. Rodés A, Vall M, Casabona J, Nuez M, Rabella N, Mitrani L. Prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los comportamientos asociados a su transmisión entre usuarios de drogas por vía parenteral seleccionados en la calle. *Med Clin* 1998;111:372-7.
31. Zunzunegui MV, Rodríguez Arenas MA, Sarasqueta C. Drogadicción por vía intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid, 1990. *Gac Sanit.* 1994; 7:2-11.
32. Welp EA, Lodder AC, Langendam MW, Coutinho Ra, van Ameijden EJ. HIV prevalence and risk behaviour in young drug users in Amsterdam. *AIDS* 2002 16:1279-84.
33. Hughes RA. Assessing the influence of need to inject and drug withdrawal on drug injectors' perceptions of HIV risk behaviour. *J Psychoactive Drugs* 2001;2: 185-9.
34. Rotily M, Delorme C, Galinier A, Escaffre N, Moatti JP. HIV risk behavior in prison and factors associated with reincarceration of injection drug users. *Presse Med* 2000;29:1549-56.
35. Avants SK, Warburton LA, Hawkins KA, Margolin A. Continuation of high-risk behavior by HIV-positive drug users. Treatment implications. *J Subst Abuse Treat* 2000;19:15-22.

36. Battegay MH, Bucher HC, Vernazza P. Sexual risk behavior in HIV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis* 2004;38:1175-7.
37. Dolezal C, Meyer-Bahlburg HF, Liu X, Ehrhardt AA, Exner TM, Rabkin Jg, et al. Longitudinal changes in sexual risk behavior among HIV+ and HIV- male injecting drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999;25:281-303.
38. Somlai AM, Nelly JA, McAuliffe TL, Ksobiech K, Hackl KL. Predictors of HIV sexual risk behaviours in a community sample of injection drug-using men and women. *AIDS Behav* 2003;7:383-93.
39. Tyndall MW, Patrick D, Spittal P, Li K, O'Shaughnessy MV, Schecter MT. Risk sexual behaviours among injection drugs users with high HIV prevalence: implications for STD control. *Sex Trnsm Infect* 2002;78:170-5.
40. Booth RE, Kwiatowski CF, Chitwood DD. Sex related HIV risk behaviors: differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug and Alcohol Dependence* 2000;58:219-226.
41. Tun W, Gange SJ, Vlahov D, Strathdee SA, Celentano DD. Increase in sexual risk behavior associated with immunologic response to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis*. 2004;38:1167-74.
42. Flaks RC, Burman WJ, Gourley PJ, Rietmeijer CA, Cohn DL. HIV transmission risk behavior and its relation to antiretroviral treatment adherence. *Sex Transm Dis*. 2003;30:399-404
43. Sethi AK, Celentano DD, Gange SJ, Gallant JE, Vlahov D, Farzadegan H. High-Risk Behavior and Potencial Transmission of Drug-Resistant HIV among Injection Drug Users [record Supplied By Publisher]. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;35:503-10.

## COHORTE DE LA CORONA METROPOLITANA SUR-ESTE DE MADRID (COMESSEM). CORTE CORRESPONDIENTE A OCTUBRE DE 2003\*

En el corte de octubre de 2003 hay 6.754 pacientes incluidos en la cohorte, el 69,6% eran o habían sido usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), el 15,6% se habían infectado por vía heterosexual (HTX) y el 8,4% eran hombres que habían tenido relaciones sexuales con hombres (HSH).

El mayor número de nuevos diagnósticos de infección VIH (607) fue en el año 1991, desde entonces la tendencia es decreciente y estadísticamente significativa en los UDVP ( $\beta_1 = -33,97$   $p = 0,000$ ) mientras que no es significativa la tendencia ni en HSH ( $\beta_1 = -1,25$   $p = 0,069$ ) ni en HTX ( $\beta_1 = +0,32$   $p = 0,681$ ) (Tabla C.1, Gráfico C.1).

De los nuevos diagnósticos de infección por VIH en el año 2003, el 57% son de transmisión HTX, el 25,7% son hombres HSH y el 10,5% son UDVP.

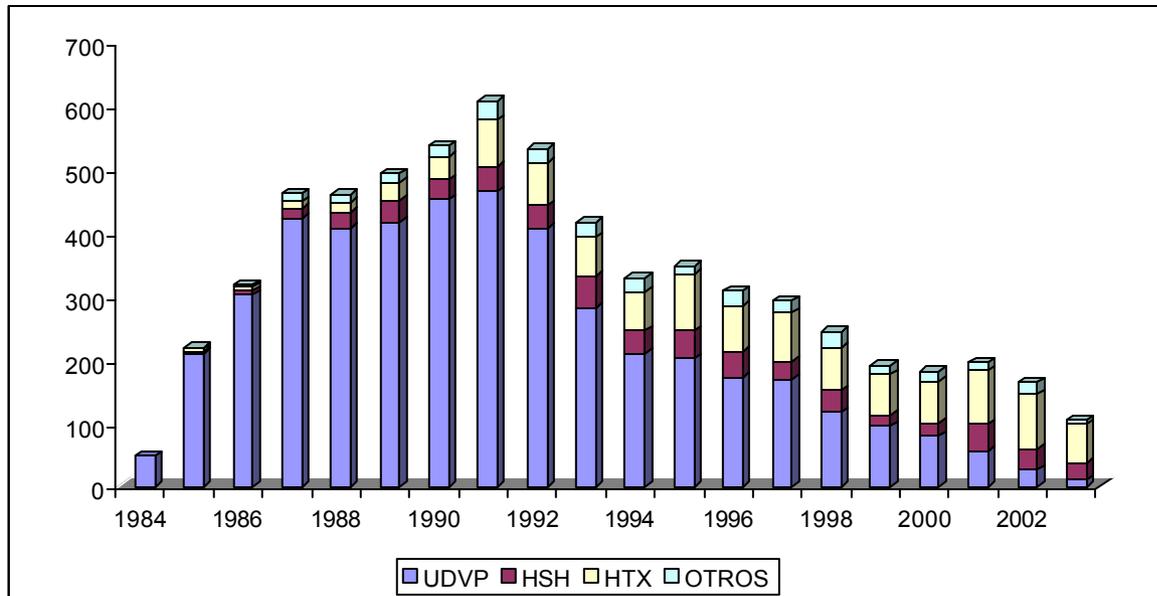
**Tabla C.1 Nuevos diagnósticos de infección VIH por año en la cohorte de la COMESEN por categoría de transmisión. Octubre 2003.**

	UDVP	HSH	HTX	OTROS	TOTAL
<b>1984</b>	49				
<b>1985</b>	210	2	5	2	219
<b>1986</b>	302	6	6	4	318
<b>1987</b>	422	16	11	13	462
<b>1988</b>	406	26	16	12	460
<b>1989</b>	416	35	28	14	493
<b>1990</b>	453	30	37	16	536
<b>1991</b>	465	39	74	29	607
<b>1992</b>	406	37	68	21	532
<b>1993</b>	281	50	62	23	416
<b>1994</b>	210	35	62	22	329
<b>1995</b>	202	44	88	13	347
<b>1996</b>	172	41	71	24	308
<b>1997</b>	169	27	78	19	293
<b>1998</b>	117	35	66	25	243
<b>1999</b>	95	18	64	14	191
<b>2000</b>	80	20	66	15	181
<b>2001</b>	56	42	84	13	195
<b>2002</b>	26	33	87	19	165
<b>2003</b>	11	27	60	7	105
<b>Total</b>	4702	567	1054	431	6754

\* Virgilio Castilla, María Velasco (H. Fundación Alcorcón), Carlos Barros, Emilia Condés (H. Getafe), José Sanz (H. U. Príncipe de Asturias), Gabriel Gaspar (H. U. de Getafe), Miguel Cervero, Rafael Torres (H. Severo Ochoa).

**Gráfico C.1**

**Nuevos diagnósticos de infección VIH por año en la cohorte de la COMESEN por categoría de transmisión. Octubre 2003.**

**Bibliografía**

1. Castilla V, Alberdi JC, Barros C, Gómez J, Gaspar G, Sanz J. Cohorte multicéntrica de pacientes con infección VIH de la corona metropolitana sur-este de Madrid (COMESEM): Fundamentos, organización y resultados iniciales. *Rev. Clin. Esp.* 2003 Abr; 203 (4): 170-7
2. Consejería de Sanidad. Instituto de Salud Pública. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informes: Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH-SIDA en la Comunidad de Madrid, hasta diciembre de 2002. 2003;9(5);66-72

**Financiación del estudio**

**FIPSE** (Fundación formada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Abbott Laboratorios, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck Sharp and Dohme, y Roche).

**Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid** (Convenio desde 2002).

## DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA EPIDEMIA DE SIDA Y RELACIÓN CON LA RENTA PER CÁPITA EN LA COMUNIDAD DE MADRID<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

La información sanitaria constituye un elemento esencial en el estudio y aplicación de los métodos epidemiológicos. Estos no solamente se necesitan para delimitar mejor los problemas de salud y sus posibles soluciones, sino también para establecer políticas adecuadas de salud, para plasmarlas en programas, para llevar estos a la práctica, y para determinar su efecto en la situación sanitaria. En algunos casos, un efecto negativo exigiría un cambio del modo de ejecución, incluso tal vez un cambio de la política.

La información sobre morbilidad, contrariamente a la información relativa a defunciones y nacimientos, no está incluida en la estadística demográfica general, sino que pertenece al sector sanitario. En consecuencia viene determinada por los recursos que se le asignan y por el interés que exista en la recogida, en el análisis y en el uso de la información. La utilización de fuentes secundarias de información sobre morbilidad como datos hospitalarios, tropieza con graves problemas de definición y normalización de términos y medidas restrictivas impuestas con respecto a la confidencialidad de los datos. Un tipo de información sobre morbilidad es el que facilitan los registros, que empezaron en los países escandinavos a principios de 1940.

Inmediatamente a la aparición de los primeros casos de SIDA (primer caso en la Comunidad de Madrid (CM) en 1982), se ve la necesidad de disponer de información fiable sobre la enfermedad, tanto para determinar la necesidad de intervención sanitaria, como para orientar el tipo de acciones y los grupos diana de las mismas, así como para detectar variaciones en el tiempo y en el espacio, evaluar la efectividad de los programas y por último para estimular la investigación epidemiológica. El registro de SIDA de la CM, nace en 1984, y es el sistema de información, basado en vigilancia activa de casos, que realiza la vigilancia de esta epidemia en nuestra comunidad.

El registro se define como la recogida de la información de todos los episodios sobre enfermos, universal y de forma simultánea o inmediatamente consecutiva a la detección del caso. Es la metodología utilizada por todos los países, lo que permite su comparación (1).

La mejora en las estadísticas oficiales, tanto sanitarias como recientemente las económicas, concretamente en lo que se refiere a la desagregación de sus datos por zonificación sanitaria, nos ha permitido llevar a cabo este trabajo. Se trata de un estudio observacional ecológico analítico, en el que se estudia la asociación lineal entre la tasa de incidencia/prevalencia de SIDA por distritos sanitarios, género y grupo de transmisión y la renta per cápita por distritos sanitarios.

---

<sup>2</sup> Ana Gandarillas. Servicio de Epidemiología.

## OBJETIVOS

- 1.-Analizar las diferencias geográficas por distrito sanitario de casos de SIDA para el conjunto y por grupos de riesgo.
- 2.-Estudiar si existe asociación con la variable económica renta per cápita.

## FUENTES DE INFORMACIÓN Y METODOLOGÍA

Se ha trabajado con los datos de casos nuevos y acumulados cedidos por el registro de SIDA de la CM, del Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad. Las poblaciones utilizadas son las del censo de 1991 y de 2001 de la CM, publicadas por el instituto de estadística de la CM de la Consejería de Economía e Innovación Tecnológica. Como variable independiente o explicativa se ha tomado la Renta Bruta Disponible Per Cápita Territorializada por distritos sanitarios por habitante para el año 2000, publicada por la Consejería de Economía e Innovación Tecnológica, que es una expansión del indicador de Renta Bruta Disponible Municipal. Éste es un indicador sintético basado esencialmente en la explotación de los datos de declaración del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF).

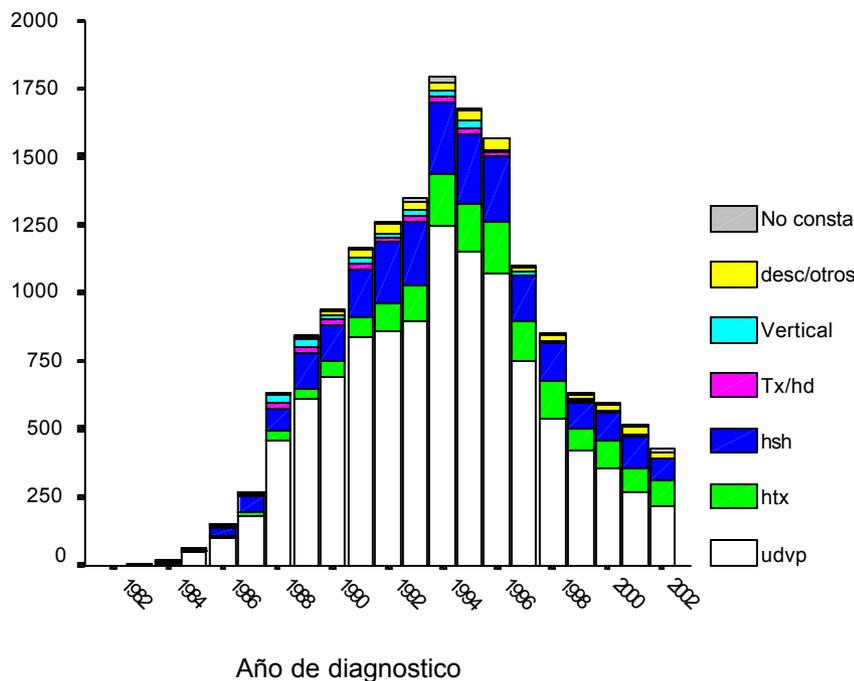
Como indicadores se han calculado las tasas de incidencia del año 2001 por distritos sanitarios y género y media del período 1982-2001 por grupos de transmisión, distrito sanitario y género, representándose los mapas correspondientes con objeto de visualizar los distritos con mayor incidencia.

Se estudia la asociación lineal entre las tasas de incidencia para el 2001 y acumuladas de todo el período por grupo de transmisión, distrito sanitario y género y la renta per cápita por los mismos estratos, por medio de una regresión lineal univariante.

## RESULTADOS

### 1.-DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LOS CASOS DE SIDA POR TIPO DE TRANSMISIÓN

Se han notificado 17.310 casos de SIDA al Registro de la Comunidad de Madrid diagnosticados hasta 31 de diciembre de 2002. En esta fecha, sabemos que había 4.987 casos de SIDA vivos en nuestra Comunidad (no se incluyen los considerados perdidos en el seguimiento). Por grupos de transmisión de los 3.777 hombres adolescentes/adultos con SIDA vivos, el 22,5% eran hombres que tenían o habían tenido relaciones sexuales con hombres (HSH), el 64,3% eran o habían sido usuarios de droga por vía parenteral (UDVP) y el 9,3% se habían infectado por relaciones heterosexuales (HTX). De las 1.123 mujeres adolescentes/adultas vivas, el 64,0% eran o habían sido UDVP y el 32,4% HTX. De los 87 casos de SIDA pediátrico vivos el 97,7% (85) se habían infectado por transmisión vertical.

**Gráfico 1.****Casos de SIDA en la Comunidad de Madrid, por año diagnóstico y grupo de transmisión (31-12-2002)**

En el gráfico 1 se muestra la curva epidémica de SIDA, que refleja, el número de casos diagnosticados por año, según el grupo de transmisión. En la curva se manifiestan los momentos de las distintas definiciones de caso en los 20 años de epidemia. Así el cambio más importante de tendencia ocurre en 1994 por la definición que incluía como criterios diagnósticos de SIDA; la tuberculosis pulmonar, las neumonías de repetición y el carcinoma de cuello uterino. En 1996, otro hecho provoca cambio de tendencia: los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA), se hacen accesibles tanto a enfermos como a infectados por el VIH y la incidencia de casos de SIDA desciende reflejando menos las tendencias subyacentes de la transmisión del VIH (2).

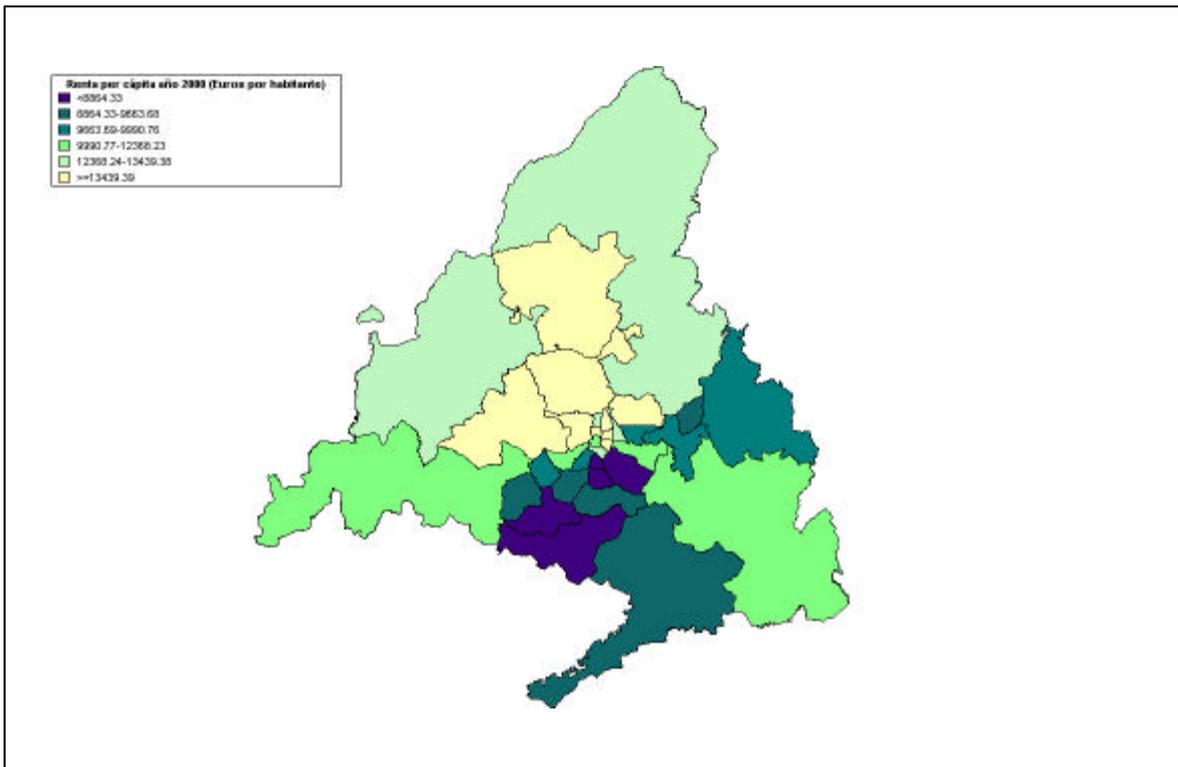
## 2.-DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR DISTRITOS SANITARIOS. ASOCIACIÓN DE CASOS CON LA RENTA PER CÁPITA (RPC)

La CM se compone de 34 distritos sanitarios, casi la mitad de ellos se incluyen en el municipio de Madrid. Su población oscila desde el distrito con menor tamaño, Navacarnero con 72 mil habitantes a Vallecas con 286 mil (censo 2001).

En el mapa 1 se representa la RPC del año 2000, por distritos sanitarios. Esta oscila entre 8.448 euros por habitante a 19.677. El mapa muestra una distribución claramente desigual siendo los distritos del sur de la región y de la cuenca del Henares los más desfavorecidos. Así por orden de menor a mayor renta se encuentran: Fuenlabrada, Vallecas, Usera, Villaverde, Parla, Leganés, por citar los de menor renta.

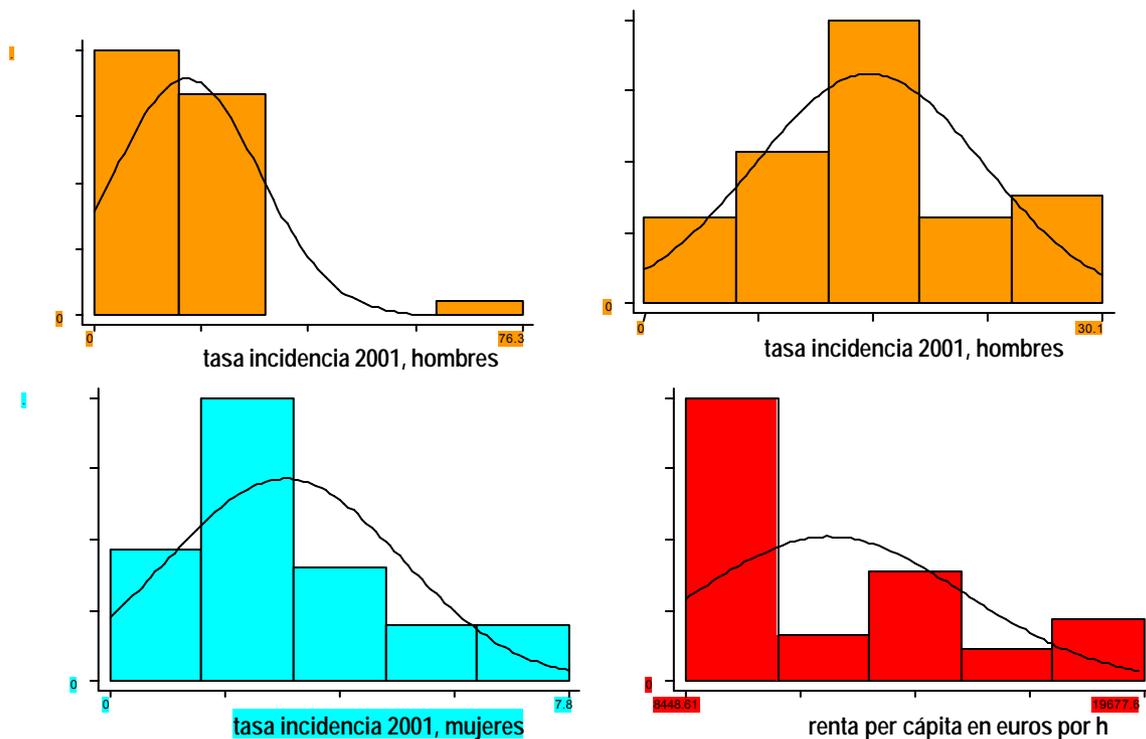
Mapa 1.

Renta per cápita año 2000 por distritos sanitarios



En el gráfico 2 se muestran los histogramas de frecuencias de las variables en estudio: el eje “X” indica el valor de la tasa de incidencia de SIDA por distritos del año 2001 según género o la RPC, y el eje “Y” indica la frecuencia. Los histogramas superiores indican la distribución en hombres. En el de la izquierda se observa que la distribución no es Normal, destacándose un distrito que sobrepasa con mucho la tasa media de la CM. En el de la derecha se ha suprimido este distrito, con lo que la distribución de casos se acerca más a la distribución Normal. La distribución en mujeres se asemeja a una distribución Normal (histograma inferior izquierdo), no así la de la RPC, ya que la mayor parte de los distritos se agrupan en los intervalos inferiores de valores (histograma inferior derecho).

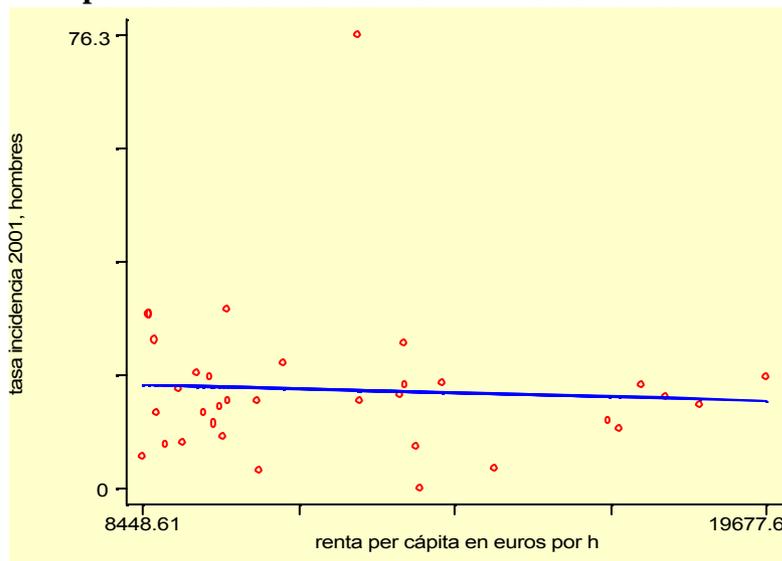
**Gráfico 2.**  
**Histogramas de frecuencias de tasas de incidencia por distrito y género**



Los gráficos 3 y 4 muestran el diagrama de dispersión de las tasas de incidencia de las dos variables en estudio: el eje "X" representa la RPC y el eje "Y" la tasa de incidencia de casos de SIDA del año 2001. Destaca de nuevo el distrito 'outlier', el distrito centro, que presenta una tasa 4,3 veces superior a la media de la CM. Parece observarse, sobre todo en mujeres, una mayor tasa en aquellos distritos con RPC menor.

**Gráfico 3.**

**Diagrama de dispersión de tasas de incidencia de SIDA y renta per cápita por distrito sanitario. HOMBRES. CM. 2001**



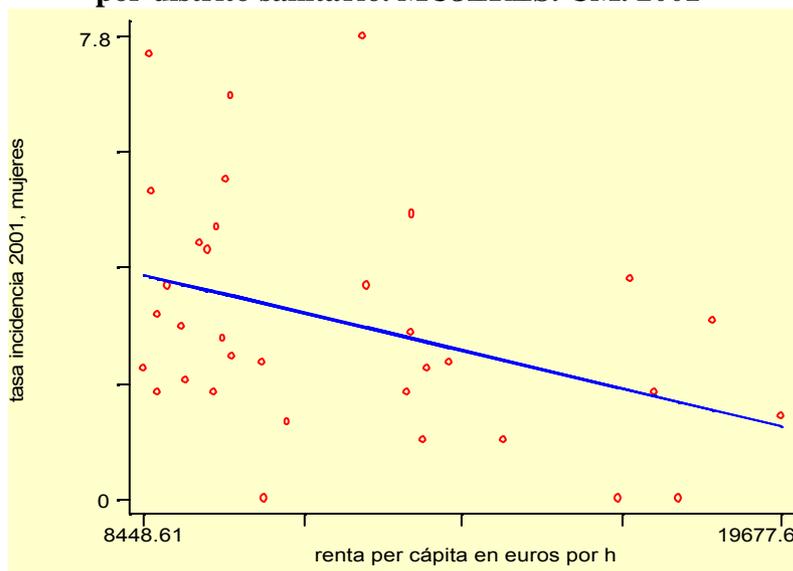
$$Y = b_0 + b_1 X$$

$$TASA = CTE. + COEF. * RENTA$$

\*TASA MEDIA DE LA CM, EN CASOS POR 100000 H. = 17,7

**Gráfico 4.**

**Diagrama de dispersión de tasas de incidencia de SIDA y renta per cápita por distrito sanitario. MUJERES. CM. 2001**



$$Y = b_0 + b_1 X$$

$$TASA = CTE. + COEF. * RENTA$$

\*TASA MEDIA DE LA CM, EN CASOS POR 100000 H. = 3,3

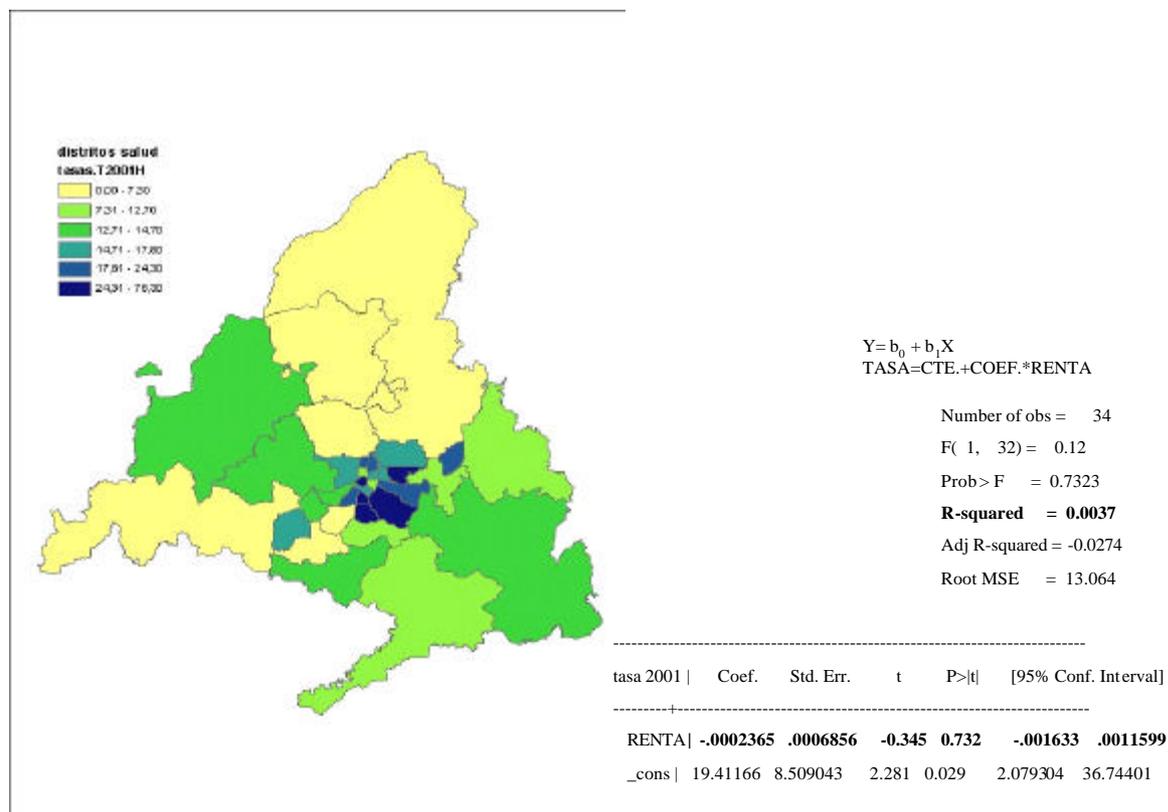
En los mapas 2, 3, 4 y 5, se representan las tasas de incidencia por distrito y género para el total y por grupos de transmisión en hombres HSH y UDVP (para estos dos grupos se trabaja con los datos de todo el período). En el mapa se indican los resultados del análisis de regresión lineal.

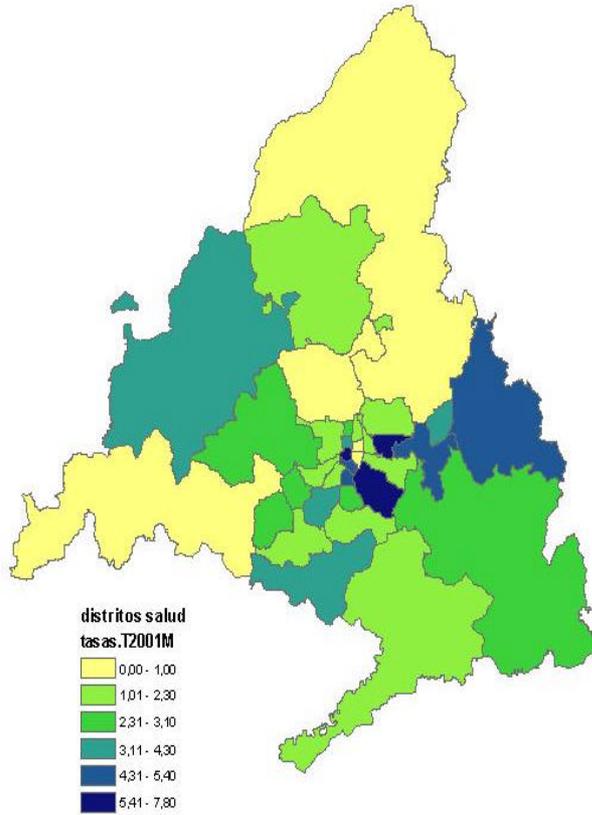
Los distritos con mayores tasas en hombres son: Centro (4,3 veces mayor su tasa que la media para toda la CM), San Blas (1,7), Usera (1,6), Villaverde (1,4), Moratalaz (1,2) y Torrejón de Ardoz (1,1). En las mujeres son: Centro (2,4), San Blas (2,1), Vallecas (2,3), Usera (1,6), Alcalá de Henares (1,6) y Arganzuela (1,5). Al estudiar en hombres por grupo de transmisión, vemos el diferente patrón en el grupo de HSH, pues las mayores tasas están en distritos del centro y oeste del municipio de Madrid (con mayor RPC).

Se observa una relación lineal de las tasas de incidencia y RPC en mujeres para 2001 y en hombres, pero en estos la asociación se observa cuando se estudian por grupos de transmisión y solo UDVP, ya que los dos grupos de transmisión principales en hombres, presentan diferente distribución geográfica. Así, en mujeres y hombres UDVP, la asociación es negativa es decir a menor renta mayores tasas: en hombres UDVP la tasa disminuye en 1,2 casos por 100.000 habitantes si la renta aumenta en 1.000 euros. Al contrario, en el grupo de homosexuales varones la asociación se invierte, aunque no llega a ser estadísticamente significativa (coeficiente beta es positivo).

**MAPA 2**

**Distribución por distritos sanitarios de la tasa de incidencia y regresión lineal con renta per cápita. HOMBRES. CM. 2001.**





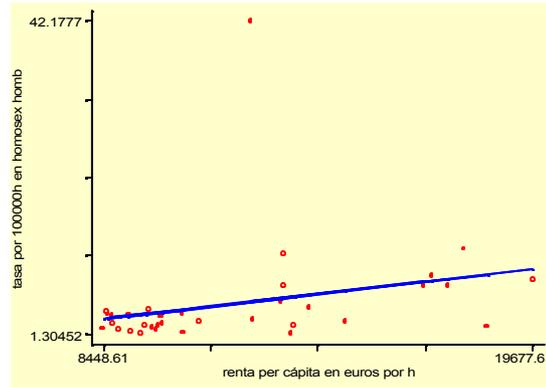
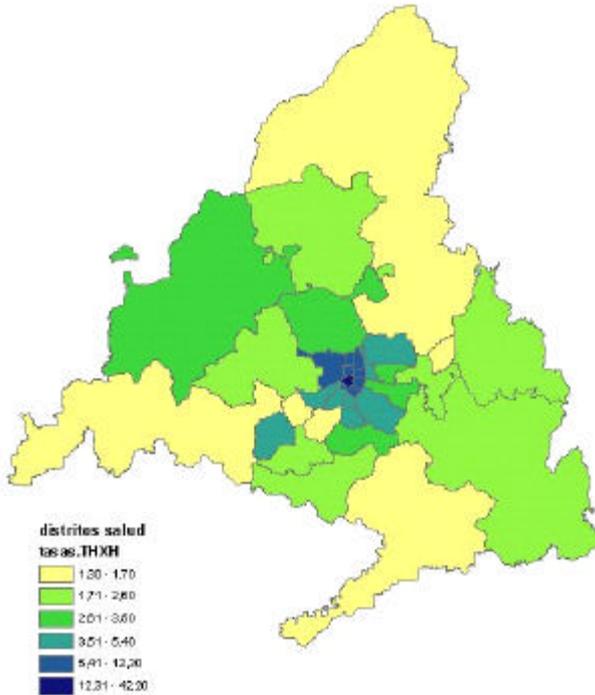
**MAPA 3. DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS  
DE LA TASA DE INCIDENCIA Y  
REGRESIÓN LINEAL CON RENTA PER  
CÁPITA, MUJERES**

Number of obs = 34  
 F( 1, 32) = 5.40  
**Prob > F = 0.0267**  
**R-squared = 0.1443**  
 Adj R-squared = 0.1176

tasa.2001	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
RENDA	-0.002259	.0000973	-2.323	0.027	-0.00424	-0.000278
_cons	5.684621	1.207064	4.709	0.000	3.225912	8.143329

MAPA 4

DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS SANITARIOS DE LA TASA DE INCIDENCIA Y REGRESIÓN LINEAL CON RENTA PER CÁPITA HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS HOMBRES

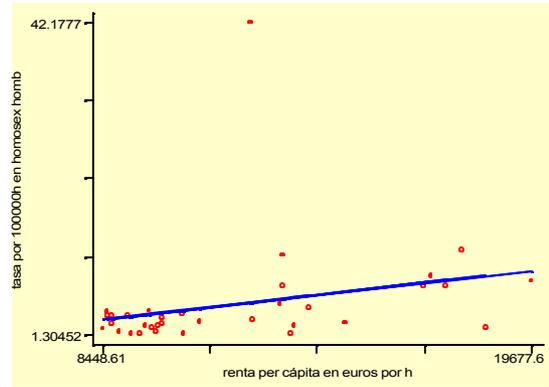
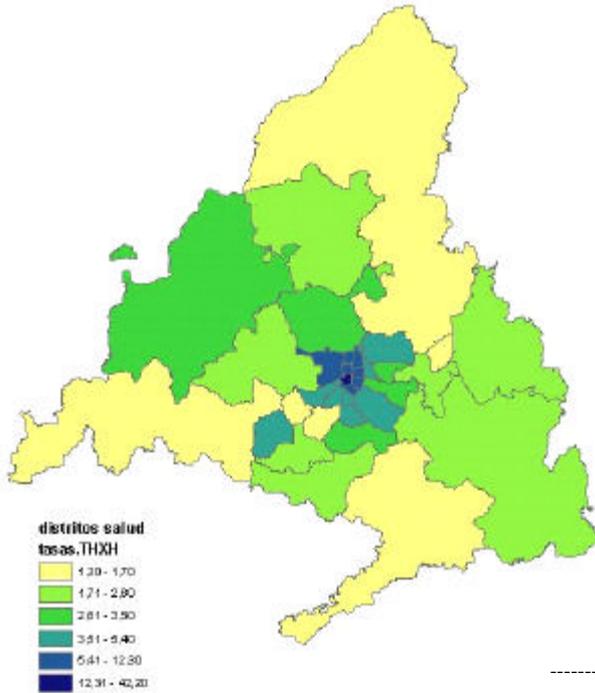


Number of obs = 34  
 F( 1, 32) = 2.47  
**Prob> F = 0.1256**  
**R-squared = 0.0718**  
 dj R-squared = 0.0427  
 Root MSE = 6.9701

thxh	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
<b>RENDA  </b>	<b>.0005753</b>	<b>.0003658</b>	<b>1.573</b>	<b>0.126</b>	<b>-.0001698 .0013203</b>
_cons	-1.606551	4.539879	-0.354	0.726	-10.85398 7.640881

MAPA 5

Distribución por distritos sanitarios de la tasa de incidencia y regresión lineal con renta per cápita HOMBRES UDVP



Number of obs = 34  
 F( 1, 32) = 2.47  
**Prob > F = 0.1256**  
**R-squared = 0.0718**  
 dj R-squared = 0.0427  
 Root MSE = 6.9701

thxh	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
<b>RENDA</b>	<b>.0005753</b>	<b>.0003658</b>	<b>1.573</b>	<b>0.126</b>	<b>-0.001698</b>	<b>.0013203</b>
_cons	-1.606551	4.539879	-0.354	0.726	-10.85398	7.640881

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La percepción de que los grupos sociales enferman, mueren y reciben una atención sanitaria desigual, posee una larga tradición histórica. Las razones de esta desigualdad deben buscarse en factores de tipo estructural y material que implican sus peores condiciones de higiene ambiental y personal, sus mayores dificultades de acceso al sistema sanitario, y una mayor exposición al riesgo.

Uno de los informes sobre el tema con mayor impacto fue el “Black Report” publicado a principios de los 80 en Gran Bretaña, que constituyó por su impacto social inmediato y por su influencia posterior, un hito de primera magnitud, un punto de inflexión en la historia moderna del estudio de desigualdades en salud. Sus conclusiones fueron claras: tras 30 años de servicio del Sistema Nacional de Salud Británico, las desigualdades sociales en salud y en el uso de los servicios sanitarios y preventivos por clase social eran evidentes, y lo que es más preocupante, esas diferencias aumentaban (3).

Los resultados de este estudio observacional ecológico y analítico, indican que la distribución de casos de SIDA por distrito sanitario no es homogénea, afectando más a distritos del centro y sur-este de la región. Esta distribución predomina en mujeres y hombres UDVP, y difiere de la distribución del grupo de HSH que se agregan en los distritos del centro del municipio de Madrid.

Por otro lado, se observa asociación lineal entre las tasas de incidencia de SIDA por distritos y la renta per cápita en mujeres y varones UDVP. Los distritos más deprimidos socioeconómicamente muestran una mayor tasa.

Los estudios observacionales, es decir aquellos en los que no hay manipulación artificial del factor de estudio, incluyen los estudios ecológicos. Estos se caracterizan porque tanto la unidad de observación como la de análisis es el grupo, y su diferencia clave respecto a estudios individuales es que no conocemos la distribución conjunta del factor de estudio y la enfermedad en cada individuo. Por ello la estimación del efecto en estos estudios no se hace a través de las tradicionales medidas de asociación (riesgo relativo, odds ratio), sino que se emplean métodos de regresión, en los que se utiliza la tasa de incidencia de la enfermedad como variable dependiente (Y) y la prevalencia de exposición (renta per cápita), como variable independiente (X). Este tipo de estudios presentan ventajas como: que son más baratos y fáciles de realizar que los de cohortes o que los de casos-controles, que se pueden aplicar para evaluar las intervenciones en la población (eficacia de los programas sanitarios) y que son los estudios adecuados para conocer el efecto de una variable que actúa en el nivel de grupo y no en el individual.

Sin embargo también se han señalado limitaciones importantes que debemos tener en cuenta a la hora de emitir conclusiones a partir de sus resultados: la falacia ecológica ó sesgo ecológico, es una de ellas, es decir su limitada capacidad para realizar inferencias causales, debido a la posible falta de correlación entre el efecto ecológico y el efecto individual. Otras limitaciones son la colinealidad y la ambigüedad temporal: ¿se garantiza que la exposición ocurrió antes de la enfermedad?. Esto aplicado a este estudio quiere decir que los distritos con menor renta tienen mayor riesgo de SIDA, de lo cual deben desprenderse importantes repercusiones para las políticas sanitarias y sociales de estas zonas, pero nos indica también que para concluir esta asociación en el nivel individual, necesitaríamos llevar a cabo otro tipo de estudio.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección general de información sanitaria y epidemiología. Manual metodológico del Registro Nacional de SIDA. Madrid, 1989.
2. Consejería de Sanidad. Instituto de Salud Pública. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Informes: Vigilancia epidemiológica de la infección por VIH-SIDA en la Comunidad de Madrid, hasta diciembre de 2002. 2003; 9 (5);3-97.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Madrid, 1986.

**FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA  
REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS  
FRENTE AL VIH,  
Y CON CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO  
EN EL COLECTIVO DE  
VARONES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS  
VARONES (VSV)**

**INFORME EJECUTIVO**

Marzo 2004

Estudio realizado por Convenio de Colaboración entre el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (Programa de Prevención del VIH/sida) y la Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Antropología Social).

## Antecedentes

Los VSV que residen en Madrid, colectivo objeto del presente estudio, poseen tasas de prevalencia de VIH altas con relación al contexto europeo<sup>2</sup>, y en aumento<sup>3</sup>. Los datos disponibles indican que con toda probabilidad los VSV se han venido infectando a lo largo de los años 90 con tasas de incidencia bajas pero en ascenso y, sobre todo constantes, lo que se refleja en una edad media al diagnóstico de SIDA que tiende a mantenerse, a diferencia de otros grupos<sup>4</sup>. Además, en 2001 se rompe notoriamente la tendencia descendente en el número de casos de SIDA diagnosticados en esta población, lo que se suma a la tendencia ascendente desde un nivel alto registrado en infección por VIH, para componer un panorama que cabe describir como preocupante. A ello se añade sin duda el hecho, resaltado en el informe de vigilancia epidemiológica reseñado<sup>5</sup>, de que en la población de VSV el porcentaje de diagnósticos de SIDA sin diagnóstico previo de infección por VIH se sitúa en un grave 41% en el mismo año. Ello puede contarse entre los factores que derivan en una mediana de supervivencia entre los VSV diagnosticados de SIDA menor que en cualquier otro grupo de transmisión y en un pronóstico de evolución de la enfermedad fuertemente comprometido con respecto a los diagnosticados en fases más tempranas de la infección.

Dada la envergadura de la problemática, definimos como objetivo prioritario del presente estudio el conocer **cuáles son los factores que están incidiendo en la realización o demora de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH**, en los siguientes tres casos: 1) no realización de la prueba habiendo tenido prácticas de riesgo, esporádicas o frecuentes, antes de los últimos seis meses; 2) realización repetida de la prueba sin prácticas de riesgo; y 3) uso repetido de la prueba con prácticas frecuentes de riesgo.

## Metodología

Estudio cualitativo, con empleo de las técnicas de producción de datos de la entrevista y el grupo de discusión

**Entrevistas.** Las entrevistas fueron realizadas en tres oleadas, en julio de 2003, septiembre del mismo año y enero de 2004. Ahora bien, sólo en cuatro casos se pudo hacer la entrevista inicial y los dos seguimientos previstos. En otros cuatro se realizó una primera entrevista y otra de seguimiento. En el resto únicamente pudo efectuarse una de ellas por falta de disponibilidad de los sujetos (negativas a hacer una segunda o tercera entrevista, cambio de ciudad, imposibilidad de localizarlos de nuevo cuando ni siquiera habían proporcionado un teléfono de contacto). Con todo, cuando hubo que discontinuar las entrevistas, los sujetos inicialmente entrevistados fueron sustituidos por otros guardándose las proporciones en cuanto a la edad y a la relación (problemática/no problemática) con la prueba del VIH, pero manteniéndose al mismo tiempo el criterio de buscar la mayor diversidad posible entre ellos. De esta manera, se incluyeron en la muestra sujetos con características no prefijadas al principio: un seropositivo, uno en trance de iniciarse a las relaciones homosexuales, uno procedente de medio rural que mantiene sexo en lugares de sexo anónimo en Madrid, y otro que es pareja seronegativa de

<sup>2</sup> CESES, 2003 European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. Mid-year report 2003. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2003. no. 69.

<sup>3</sup> Proyecto Epi-VIH, 2003. [www.msc.es/sida](http://www.msc.es/sida)

<sup>4</sup> Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 5(9), 2003.

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/vigilancia/boletin/pdf/Mayo2003.PDF>

<sup>5</sup> Ver nota anterior

persona seropositiva. Se realizaron, así, las 27 entrevistas pre-establecidas pero a un total de 15 sujetos.

### LA MUESTRA<sup>6</sup>

Menores de 25 años

Primera oleada	Segunda oleada	Tercera oleada
Carlos, 24	Santiago, 25	
Felipe, 23		Ramón, 21
Ezequiel, 23	José, 22	

Entre 26 y 45 años

Primera oleada	Segunda oleada	Tercera oleada
Arturo, 33		
Jaime, 30		
Manuel, 36	Lorenzo, 37	Carmelo, 37

Mayores de 45

Primera oleada	Segunda oleada	Tercera oleada
Enrique, 55		
Valentín, 54		
Leonardo, 70		Federico, 53

### Grupos de discusión.

Se realizaron tres grupos de discusión: uno con jóvenes (menores de 30 años: GDI), otro con jóvenes adultos (de 30 a 45: GDII) y el tercero con adultos (de 46 en adelante: GDIII). Tal como se contemplaba en el proyecto inicial, la selección de los participantes se llevó a cabo de forma tal que fuesen homogéneos en términos de clase social y heterogéneos en función de su vinculación al ambiente gay. En principio, se determinó como criterio de selección de los sujetos que no hubiesen realizado la prueba habiendo tenido prácticas de riesgo antes de los últimos seis meses, o que la hubiesen realizado repetidamente con prácticas de riesgo intercaladas. Sin embargo, este criterio fue abandonado, porque fue imposible definir la cuestión sin una entrevista en profundidad previa. Ya en la fase de realización de las entrevistas resultó claro que las definiciones de prácticas de riesgo establecidas por nosotros a priori, y las que manejaban los sujetos, no coincidían necesariamente. El criterio finalmente utilizado fue de carácter subjetivo, en concreto que el sujeto estuviera preocupado por la prueba y/o tuviera en mente realizársela.

<sup>6</sup> Los nombres de los entrevistados no son reales.

## ☞ PRINCIPALES RESULTADOS:

Se han detectado cinco modos fundamentales de confrontar el riesgo y la prueba:

☞ **Preventivistas.** Jóvenes o muy jóvenes, de clase media o media baja en trayectoria social ascendente. Se caracterizan por una concepción de la vida como lucha individual que se corresponde con una trayectoria biográfica en la que han confrontado y superado numerosos obstáculos, tanto en su historia laboral como en la relación con su entorno familiar. Con respecto a la primera, a ella parecen subordinarse otros objetivos, como la consecución de estabilidad afectiva. Con respecto a su entorno familiar, viven su visibilidad como VSV como una conquista propia. Su visión del mundo posee, en definitiva, un fuerte carácter individualista.

Comparten una vivencia de la prevención del VIH en la que las medidas de sexo más seguro se encuentran ligadas a sus estrategias de construcción de la identidad: el sexo más seguro legitima la sexualidad entre varones en general y neutraliza el estigma que pesa sobre ella.

Con relación a la **prevención**, manifiestan ser consistentemente 'seguros'. Incorporan un discurso preventivista (en una versión particular) en torno a la idea de protección, que encaja bien en sus perspectivas sobre las cosas centradas en la voluntad y el esfuerzo. Las nociones de responsabilidad y rutina juegan un papel estructurante de la idea de prevención. Correspondientemente, asumir **riesgos** les resulta inaceptable porque es una irresponsabilidad y una demostración de que se carece de voluntad. Se aprecia en ellos una coherencia entre la protección de la identidad social, la personal y la integridad de los límites del cuerpo, que se estructura en torno a la idea de control.

La **prueba** del VIH es usada como una estrategia de prevención más, no tanto para confirmar el serostatus que, al no haber conductas de riesgo, no puede ser más que negativo, y que además no se percibe como dudoso. Ha sido rutinizada con el fin de remarcar la incorporación de las prácticas de prevención y como confirmación de lo correcto de las propias estrategias a este respecto. En cierta manera, el hecho mismo de realizarse la prueba significa -en otro nivel- una identificación con un modelo de sexualidad gay segura frente al SIDA que es el epítome de la sexualidad aceptable.

☞ **Gays del núcleo central.** Los sujetos cuyas actitudes y percepciones tratamos a continuación se caracterizan por construir su identidad desde la adhesión al estilo de vida gay. De procedencia de clase media y media alta, con estudios superiores, pertenecen a generaciones relativamente diversas, con edades entre los 30 y los 50. Sus expectativas son de mantener su status de clase.

Resulta crucial para el modo en que construyen su identidad los significados compartidos que connotan comunidad y diferencia, que son centrales en su autopercepción. La identidad personal y colectiva se construye a partir de una identificación con un grupo de iguales gays que juega un papel importante en sus vidas. Esta identificación se realiza en términos reales, de personas con las que se relacionan y sitios que frecuentan, pero también a partir de una comunidad imaginaria, de un *nosotros, los gays*, que aparece con naturalidad en su discurso y que lo regula. Ello se manifiesta en dos aspectos importantes. Primero, la voluntad como motor de la acción pasa a un segundo término, mientras que adquiere relevancia la comunidad gay, normativa, que legitima o deslegitima ciertas prácticas. Segundo, la identificación con esta comunidad implica una socialización secundaria que incluye numerosos aspectos de la identidad social, como la actitud ante la sexualidad, que comparten y a la vez les identifica como grupo.

Si bien se conoce y asume el **discurso preventivista**, no se excluye una cierta relativización, en función de circunstancias que no son contempladas en la información preventiva, pero que son relevantes para los sujetos. Entre tales circunstancias destaca la experimentación sexual. En ésta, que es algo compartido e identifica al/con el grupo, pueden incluirse de manera intermitente prácticas que exponen al VIH. El **riesgo** forma parte, en general, de la vida de estos sujetos, siendo el exponerse al VIH contemplado de forma no enteramente consciente, como imponderable no deseado pero asumible de una vida gay.

La **prueba** del VIH genera ansiedad, a raíz del miedo tanto a la enfermedad, que en este grupo es conocida de primera mano, como al ostracismo que puede venir aparejado con ella. No está de más señalar también el peso del miedo a perder las condiciones para mantener su estilo de vida, el miedo a la dependencia. Sin embargo, en el discurso grupal que se constituye en dominante, el miedo no parece ser un motivo legítimo para no realizársela. Ello supone que, para algunos, el realizarse la prueba sea obligado, aunque ello no implique intención clara de modificar sus conductas; en el caso extremo, sucesivos resultados negativos podrían fomentar una cierta sensación de invulnerabilidad. Para otros, al percibir que para el grupo de referencia no hacerse la prueba no es legítimo, y siendo conscientes de que pueden haber resultado infectados, la estrategia preferible es retrasar el momento de hacérsela, en una espiral de culpabilización y negación, que se puede prolongar durante años.

☞ **Aislados.** De procedencia de clase social media-baja, podemos incluir aquí a algunos de los inmigrantes entrevistados, a aquellos que están en situación de vulnerabilidad social (irregularidad administrativa y/o recién llegados). Su trayectoria socioeconómica y laboral es estable o descendente con respecto a su medio de origen, y las expectativas son de mantenimiento de su situación económico-laboral presente a medio plazo, cuando no de empeoramiento.

Estos sujetos tienen en común el que su actual situación social es asimismo problemática, en lo que se refiere tanto a su relación con su medio de origen como a la carencia de un grupo de socialización gay, tratándose de situaciones de doble extrañamiento. Pueden mantener lazos con su medio de origen, en la medida en que les son imprescindibles para sobrevivir en términos muy reales, pero también es posible que hayan roto con él y en la actualidad se encuentren en una situación limítrofe entre, por un lado, un universo de relaciones sociales y de representaciones normativas heterosexuales en el que no encajan y, por otro, un medio gay para formar parte del cual carecen de las actitudes y aptitudes necesarias, porque no han pasado por un proceso de socialización en él. No poseen una red de relaciones con el que compartir valores no dominantes.

Ello se refleja en una percepción de la comunidad gay profundamente negativa. No han pasado, como se ha dicho, por el proceso de socialización secundaria que implica compartir las actitudes ante la sexualidad propias de los sujetos pertenecientes al grupo central, por lo que sus únicos referentes son los normativos. En el caso de los inmigrantes ello puede deberse o sumarse al desconocimiento de los códigos y modos de relación locales.

Ello resulta en una vivencia culpabilizada de la experiencia sexual anónima del ambiente. Sin embargo, su modo de contacto con otros VSV es a través de encuentros con objetivos prioritaria o exclusivamente sexuales; encuentros que son fuente de mayor insatisfacción si se tiene en cuenta, además, que sus carencias son de reconocimiento y afecto.

Respecto al **riesgo** y la **prevención**, ésta y la transmisión del VIH se asocian fuertemente a modos de relación y espacios percibidos como gays: el sexo anónimo con desconocidos, en

cuartos oscuros, saunas... es visto como arriesgado en sí mismo. De este modo, sus prácticas en estos contextos son habitualmente seguras. Es más, cuando refieren prácticas no seguras con personas desconocidas, insisten en aspectos que connotan sometimiento de la voluntad. Ahora bien, con personas con las que consideran posible una relación de pareja, o que simplemente perciben que les ofrecen un cierto reconocimiento y afecto, pueden dejar de usar el preservativo.

La decisión de hacerse la **prueba** se ve retrasada porque la seropositividad es enteramente inasumible para este colectivo por razones de rechazo social. Supondría una doble, incluso triple, necesidad de visibilización: ante la familia, el entorno laboral y el colectivo gay, algo que no se desea ni resulta asumible.

☞ **Jóvenes.** Estudiantes o con estudios medios/superiores, en proceso de acumulación de un capital social y cultural, proceden de la clase media. Continúan dependiendo económicamente de sus familias pero, a diferencia del grupo anterior, aprovechan un status ambiguo y las posibilidades de anonimato que ofrece Madrid para socializarse como gays con sus pares. No han roto con la sociedad normativa, ni en términos materiales ni en términos de representaciones.

Por otro lado, no participan de las instituciones sociales y sexuales de los gays del grupo central, que no forman parte de su mundo de experiencias posibles, aunque tampoco se elabore un discurso negativo. No existe una separación tajante entre los espacios de socialización gay y los espacios de relación sexual, con una valoración muy alta de la pareja, como forma de relación normativa para su grupo de pares, por un lado, y como forma de ser gay, de socializar la sexualidad, por otro. La pareja se entiende, eso sí, de un modo flexible que incluye en un momento dado a la persona con la que es posible iniciar una relación a más largo plazo. Las relaciones con desconocidos no son propias de aquellos gays con los que se identifican. Así, en un sentido inmediato, dejar de usar preservativo supone para ellos reconocer que la pareja es merecedora de confianza, en el sentido de que ha dado una información fidedigna acerca de su pasado. En otro plano, ese mismo acto es un reconocimiento simbólico de que la persona forma parte del mismo grupo.

En este grupo, la **prevención** de la transmisión del VIH se fundamenta, de forma clara, en el par confianza-desconfianza, implícito en el discurso preventivo dominante. Estos sujetos reconocen discursivamente que tener confianza en la pareja como criterio para no usar preservativo no es una estrategia carente de riesgos, es decir, admiten la importancia de conocer con seguridad el serostatus propio y el de la pareja. Sin embargo, ello no incide en una evitación consistente de dicha estrategia, ni en recurrir sistemáticamente a la realización de la prueba del VIH antes de tomar decisiones acerca del uso del preservativo con la pareja.

De hecho, el percibir que existe **riesgo** al tomar la decisión de cesar en el uso del preservativo con la pareja es lo que precisamente otorga un valor simbólico añadido a ese mismo acto, en lugar de disuadir a los sujetos de llevarlo a cabo, dando lugar a un círculo vicioso que parece difícil de romper. En todo caso, no puede olvidarse que tanto el uso del preservativo como dejar de usarlo están vehiculando valores y sentidos fundamentales para estos sujetos.

El ser seropositivo coloca contundentemente a los sujetos fuera de los límites del grupo, y les supone un problema extraordinario de cara a un entorno familiar del que, como se ha dicho, dependen en términos económicos y afectivos. Un resultado positivo, por tanto, amenaza no sólo la relación con la pareja, sino también la totalidad de la identidad social, recién conquistada. Incluso reconociendo que sería incorrecto discriminar a un seropositivo, significativamente no tendrían relaciones sexuales con él y, menos aún, lo considerarían como posible pareja. Desde

estos posicionamientos, es claro que un diagnóstico de seropositividad resulta profundamente inasumible.

En los casos en que se realizan **la prueba** del VIH al iniciar una relación de pareja, parece estar vigente la misma lógica que se vio más arriba con respecto al cese en el uso del preservativo. Se trata de una lógica centrada en la idea de confianza, pero que aquí se proyecta hacia el futuro, puesto que lo que está en juego es la confianza en la fidelidad de la pareja desde entonces (desde que se la hacen) en adelante. La prueba representa para estos sujetos un “certificado”, una garantía de compromiso, que permite hacer un ‘borrón y cuenta nueva’ simbólico que es altamente valorado.

☞ **Los mayores.** Incluimos bajo este rubro a una parte de los sujetos de mayor edad, ajenos al ambiente de Chueca, que se relacionan con otros VSV en torno a la característica común de ser usuarios de la prostitución. Se trata de un grupo interclasista y con poco sentido de pertenencia. Según se desprende de sus discursos, no encajan en las instituciones del ambiente debido, primero, a su edad, expresada en términos de necesidades asociadas al ciclo vital; en segundo lugar, por su carencia de atractivo físico y sexual para los ‘frecuentadores’ de Chueca; y, en tercer lugar, por su falta de afinidad con lo que perciben como el estilo de vida propio de los (jóvenes) gays. Por otro lado, no visibilizan sus preferencias sexuales ante la sociedad normativa. Sufren, por tanto, una doble exclusión.

Las desigualdades en términos de poder son fundamentales a la hora de comprender el modo en que, en este grupo, se estructuran y se conciben las relaciones sociales y sexuales, en tanto que las prácticas y modos de relación horizontales no entran en sus perspectivas. En términos generales, el mantener relaciones sexuales seguras se considera un signo de distinción, algo propio y exigible a personas educadas, y además marca las diferencias con otros VSV con un estilo de vida “reprobable” (aquellos, justamente, que han resultado infectados), lo que carga a las prácticas de **riesgo** de connotaciones morales. En este mismo sentido, la infección se identifica con los lugares de sexo anónimo, frecuentados por ‘los jóvenes’, y con las relaciones con prostitutas, que son estereotipados según nacionalidades.

Sin embargo, dejar de usar preservativo puede convertirse, al mismo tiempo, en un vehículo de significados. Puede marcar la posición de poder cuando se trata de una relación estable, de pareja, aunque en ésta se entremezclen sin solución de continuidad razones económicas y afectivas.

En los sujetos que se identifican con roles masculinos, el no usar preservativo conlleva sentidos de independencia, de decisión y superioridad propia frente a la sumisión e inferioridad del compañero sexual. El riesgo es visto como una parte de la vida, -en su justa medida- como una forma de probarse, lo que es característico de un cierto modelo de construcción de la masculinidad. En lo tocante a la realización de **la prueba**, desde posiciones ‘masculinas’, el poseer un cuerpo saludable, el que no aparezcan signos visibles de enfermedad, así como el bajo riesgo asociado a la penetración activa, desmotivan su realización.

Para los que se identifican con roles y valores asociados a lo femenino, se observa una disposición mayor a adoptar la iniciativa preventiva. En cuanto a la noción de **prevención** se inscribe en un marco de sentidos en el que la protección y el cuidado de sí son muy valorados, mientras que asumir riesgos es concebido como algo innecesario e inaceptable. Sin embargo, no es descartable que, desde estos mismos valores, se asuman prácticas de riesgo. No debe olvidarse que la experiencia de la propia sexualidad viene marcada con frecuencia por la humillación y la

exclusión, lo que puede llevar a hacer asumible esa experiencia desde una ambigua estrategia de ocupación de un espacio social subordinado. Por un lado, esta estrategia se basa en el empleo de ciertos valores tradicionalmente asociados a lo femenino y percibidos como más valorados. Pero por otro, supone reproducir el estereotipo masculinista del homosexual como varón disminuido (el “maricón”)<sup>7</sup>. En lo que atañe a la realización de la **prueba**, ésta parece inscribirse en las rutinas de cuidado de la salud, siendo probablemente mucho más frecuentemente practicada que en el caso anterior.

## ✍ PRINCIPALES RECOMENDACIONES

### 1. RECOMENDACIONES DE CARÁCTER GENERAL

✍ **Imagen del seropositivo y la seropositividad.** Las representaciones en torno a la figura de la persona seropositiva o enferma, y las que el sujeto elabora sobre las consecuencias de un resultado positivo en la prueba del VIH, resultan de una gran importancia en la comprensión de las actitudes que pueden llevar al retraso de la prueba. Estas representaciones continúan marcadas por una potente carga simbólica negativa, y están incidiendo en la predisposición a prácticas que pueden exponer al VIH, en la medida en que usar preservativo parece implicar una insinuación de que la pareja sexual es seropositiva. De este modo, consideramos necesario reiniciar las campañas de normalización de la situación de portador del VIH y enfermo de SIDA.

✍ **Percepción de la prueba del VIH como punto final,** no como inicio de una etapa. Especialmente entre los sujetos que no se realizan la prueba, un diagnóstico de seropositividad implica, en cierto sentido, la muerte social, la puesta en riesgo de una identidad social ganada a menudo con esfuerzo. También se pone en peligro el sentido de pertenencia a un grupo que continúa manteniendo una relación de exclusión con los VSV seropositivos. De ahí se deriva la recomendación de remarcar en los mensajes de prevención las posibilidades de acción que se abren a partir de un diagnóstico positivo. No se trata de lanzar mensajes que banalicen las consecuencias de la infección por VIH en términos de pronóstico médico, sino de hacer asumible la condición de seropositivo en términos sociales y de estilo de vida en el trabajo individual con los sujetos.

✍ **Información suficiente.** No se ha visto que la carencia de información, tanto respecto a prácticas de riesgo como a otras cuestiones relacionadas con la prueba del VIH, tenga una incidencia en la intención de hacerse ésta. De hecho, llama la atención el grado de sofisticación de los conocimientos que manifiestan poseer los sujetos entrevistados. Cabe puntualizar que siguen generando incertidumbre el sexo oral no protegido y la duración del ‘periodo ventana’, indudablemente porque se han recibido informaciones contradictorias al respecto. Una cuestión diferente es el modo en que los sujetos incorporan esas informaciones a sus propias estrategias identitarias, lo cual sí que puede incidir determinadamente en los aspectos señalados. Así, la forma en que se manejan estas incertidumbres depende de las estrategias de confrontación del riesgo y de protección frente a la infección. En este sentido, una recomendación general es la de

---

<sup>7</sup> Esta ambigüedad puede también encontrarse en la identificación con los valores de la masculinidad, que son los dominantes, pero que a la vez no dejan de excluir por definición al sujeto homosexual. Finalmente, no puede olvidarse que, en ciertos contextos, los sujetos ponen una cierta distancia irónica tanto frente a los valores dominantes de masculinidad/femenidad como frente al estigma homosexual. En todo caso, hay que tener en cuenta que estamos hablando no de hombres y mujeres, sino de VSV especialmente expuestos a los rigores de las prácticas homofóbicas hegemónicas.

fomentar los servicios de consejo (escucha activa) y la de adaptación de los mensajes preventivos a los sujetos.

✍ **Ausencia de percepción de barreras para el acceso a la prueba del VIH.** Ésta no es presentada como problemática para los sujetos ni en lo que respecta al tiempo de espera ni a los horarios, ni a la específica interacción entre los sujetos y el personal sanitario, salvo en lo que se refiere a la confidencialidad. Por otro lado, las diferentes opciones existentes para realizársela, en particular los centros donde se lleva a cabo de forma anónima y gratuita, son bien conocidas por quienes llevan un cierto tiempo socializándose como gays. Sin embargo, no es así entre los que están en proceso de definición de su identidad sexual, bastantes de los cuales desconocen la existencia de esos centros, por lo cual no estaría de más mantener menciones a los mismos en los folletos de información general, así como en otros canales, tales como los teléfonos informativos.

✍ En cuanto a **la interacción entre usuario y profesional sanitario**, hay que comentar que si bien algunos VSV manifiestan una cierta incomodidad con la necesidad de hacer explícitas cuestiones que se perciben como íntimas, no por ello han dejado de hacerse la prueba del VIH ni muestran que ello suponga un obstáculo considerable. Esto se debe a que el encuentro terapéutico se identifica como contexto adecuado para su realización. Un contexto que se caracteriza por ser universal, en el sentido de que no admite variaciones basadas en las circunstancias particulares de médico y usuarios, y por ser asimétrico en cuanto a las posiciones relativas de los actores sociales, es decir, en el sentido de que el médico “sabe” y el otro “debe ser informado”. El análisis de los relatos de los sujetos estudiados nos permite intuir que dicha relación asimétrica tiene inconvenientes, pero también ventajas. Entre ellas está el hecho de que la realización de la prueba tiene lugar en una situación que se mantiene dentro del orden de las “situaciones familiares”, conocidas y reconocidas, lo que la hace menos amenazante, especialmente si quien la efectúa es el médico de cabecera o el médico de familia. Además, en general, los sujetos aprecian la discreción y el comportamiento moralmente neutral de los médicos a este respecto, aunque no dejen de relatar alguna que otra situación en que las cosas no han sido así. Todo ello hace que la consulta de atención primaria constituya un buen contexto para proponer más a menudo y más generalizadamente la posibilidad de hacerse la prueba del VIH.

Por otra parte, el que la interacción que se genera durante la prueba sea vista por bastantes de los entrevistados como similar a la que tiene lugar en el contexto de la relación médico-paciente da lugar a un importante inconveniente, puesto que la percepción que los entrevistados tienen es que ese encuentro sigue la siguiente secuencia: se les pregunta intensivamente por sus hábitos y prácticas, después se entresaca de entre éstos los incorrectos, y finalmente se les informa de lo que han de hacer para mejorarlos. El esquema es así, el de la consulta, pero también el del examen escolar: el paciente/alumno expresa sus conocimientos, éstos son retraducidos como síntomas/identificación de falsas percepciones o errores, y de ello se concluye una terapia/mensajes de prevención. Es cierto que no conciben dicha situación como problemática, pero a la vez subrayan que lo que más valoran es que las preguntas del médico o de la persona que les ha realizado la prueba del VIH les han dado motivos para reflexionar; unas reflexiones que llevan a cabo en casa. Por ello es por lo que planteamos que, en la situación de realización de la prueba, es conveniente dar a los sujetos la posibilidad de expresar sus propias concepciones y circunstancias, ofreciéndoles un espacio en el que sean ellos mismos quienes formulen los problemas que les acucian en los términos que les resulten más adecuados. El profesional jugaría el papel de facilitarles el hacer conscientes las dificultades reales que están detrás de sus prácticas de riesgo, comprendiéndolos y también confrontándolo con sus contradicciones. Así pues, parece necesario:

- Generar un ambiente de confianza en el que los profesionales sanitarios puedan conocer la orientación sexual de los sujetos y sus posibles prácticas de riesgo
- Dar la oportunidad al sujeto para que por sí mismo genere un conocimiento que le capacite para actuar sobre las prácticas que ponen en riesgo su salud.
- Dado que el contexto de consulta no es necesariamente el más indicado para lo anterior, es necesario fomentar la colaboración entre personal sanitario y ONG's y otras instituciones en mejor posición para llevar a cabo las tareas de asesoramiento y capacitación.

## 2. RECOMENDACIONES PARA UN CONSEJO CENTRADO EN EL SUJETO

Del análisis presentado se deriva también la recomendación, dirigida en general a las personas e instituciones encargadas de intervenir con la población de VSV, de *modular sus mensajes y estrategias de intervención en función de las personas a las que concretamente se dirigen*. Es necesario tener presente que percibir los comportamientos en términos de una única racionalidad que se confronta con la irracionalidad de los comportamientos que no se ajustan a ella, puede ser un obstáculo para una cabal comprensión de los sujetos, imprescindible para desarrollar intervenciones realmente eficaces. *No existe una sola racionalidad, sino diferentes racionalidades*. Los sujetos sociales nunca se comportan según criterios de racionalidad definidos externamente siguiendo criterios exclusivamente técnicos. Abordar a los sujetos desde sus propios marcos de sentido y contextos sociales significa tener presentes los modos específicos de comprender las relaciones sociales, la sexualidad y el riesgo, relacionados de forma sistemática con su posición social y su trayectoria, que están detrás de sus acciones, para captar realmente los porqués de sus decisiones. Vistas desde las propias perspectivas de los sujetos, sus prácticas y percepciones poseen una coherencia, que es a la que debe aproximarse la intervención.

Consideramos que la intervención tendrá éxito en la medida en que tome en consideración la racionalidad propia de los sujetos desde las fases iniciales. Una línea de intervención que se fundamente exclusivamente en la transmisión de información perderá eficacia. Los sujetos incorporan los mensajes de prevención a partir de sus particulares marcos de sentido y en circunstancias y momentos concretos, adaptando los mensajes para sus propios fines y estrategias sociales. En consecuencia, es preciso, tener presente que los sujetos pueden tener en momentos específicos prioridades distintas a la de la evitación de la infección o la determinación de su status frente al VIH, y que ello, además de legítimo, es comprensible desde los parámetros de sus vidas y debe ser tenido en cuenta en vías de hacer compatible las medidas de sexo más seguro y la promoción de la prueba del VIH con las metas de los sujetos, ya sean éstas la experimentación en los límites de la sexualidad, dar materialidad a un compromiso con una persona, la búsqueda de intimidad y reconocimiento, expresar la propia identidad o cualquier otra que no haya aparecido en este estudio. Esto debe traducirse en organizar la intervención orientándola en la dirección de facilitar que se hagan conscientes los condicionantes que pueden estar incidiendo en una decisión, la de mantener prácticas sexuales más seguras o hacerse la prueba, que puede tener repercusiones fundamentales en su calidad de vida y sus niveles de salud, de modo que los sujetos se apropien realmente de estos mensajes y los incorporen de manera duradera.

Las **modulaciones de los mensajes** que nos parecen pertinentes son los que se adaptan a las diferentes racionalidades detectadas:

### Grupo central:

☞ Con relación a las actitudes ante las prácticas de riesgo, es imprescindible buscar modos de desligar experimentación sexual y exposición a riesgos. Un abordaje con posibilidades de éxito partiría de confrontar a estos sujetos con la posibilidad de que hayan erotizado las prácticas no seguras, puesto que ello forma parte de los sentidos compartidos que no se explicitan. Ahora bien, los mensajes que se dirijan a estos grupos deberían compartir el alto valor dado por ellos a una vivencia de la sexualidad no convencional desde un punto de vista externo, pero que desde su propia perspectiva forma parte de las prácticas que los identifican.

☞ Parece especialmente adecuado ofertar un servicio de consejo a estos sujetos en el momento en que se realizan la prueba del VIH, dado que al no sentirse “intervenibles”, son poco receptivos a las intervenciones en otras circunstancias. Puesto que una amenaza clara a la salud es un motivo que puede animar a hacerse la prueba a aquellos que la retrasan, es el momento de encontrar al sujeto motivado para iniciar el cambio.

☞ Incidir en mensajes que refuercen la culpabilización del que retrasa la prueba, ignorando sus razones, puede disuadir y aislar a sujetos que viven esta situación ya desde la culpabilidad. Parece más adecuado ofrecer un clima de comprensión en el que el sujeto pueda por sí mismo explorar las razones que le han llevado tanto a la posibilidad de infección por VIH como a retrasar la prueba.

### **Aislados**

☞ Se debe tener en cuenta que, en este grupo, son razones de mucho peso las que están detrás de la estrategia de ocultar la identidad sexual, e incluso la posposición de la prueba del VIH o el no encontrarse capacitado a la hora de negociar el uso del preservativo. Creemos que insistir únicamente en que modifiquen estas prácticas no incide más que en agravar la cuestión, y su tratamiento debería colocarse en un segundo lugar de prioridades frente a las necesidades sociales y de reconocimiento, más perentorias para los sujetos, ya que al intervenir siguiendo las prioridades de éstos se están poniendo las bases para que modifiquen sus prácticas y, por tanto, para que puedan incorporar objetivos preventivos.

### **Jóvenes en proceso de iniciación**

☞ Los mensajes dirigidos a este grupo no deberían insistir en la desconfianza porque, como hemos señalado, al final redundaría en el mismo par que es problemático. Entendemos que las intervenciones se deberían basar, precisamente, en desmontar ese par confianza/desconfianza, quizás subrayando el hecho de que les resta autonomía a la hora de tomar decisiones fundamentales para su salud, obligándoles en el caso extremo a hacer cosas que no desean.

☞ En todo caso, para estos sujetos la seropositividad resulta particularmente amenazante, y es imprescindible que este tema se trabaje con ellos (de nuevo sin culpabilizar, pero de modo firme) desde la comprensión de las situaciones en que se generan sus imágenes. Nos atrevemos a sugerir grupos mixtos de jóvenes seropositivos y seronegativos, que sean percibidos como seguros por ambas partes, y en los que los seropositivos actúen como beneficiarios y aliados.

☞ Es problemático volver al mensaje de ‘con preservativo, siempre’. Sin embargo, no podemos dejar de subrayar que los mensajes que recomiendan cesar en el uso del preservativo tras hacerse la prueba pueden ser contraproducentes en un contexto en el que el uso del preservativo se iguala a desconfianza, y la posibilidad de que el compañero sea seropositivo es descartable cuando afecta al sujeto.

### **Supervivientes:**

☞ Por más que idealmente la estrategia más eficaz pudiera ser la de trabajar sobre los valores de género que parecen estar incidiendo en las actitudes y prácticas ante el riesgo y la prueba del VIH, nuestra recomendación es acomodar los mensajes a los sujetos, enfatizando

valores de protección (del otro), por ejemplo, en el caso de los activos, y de cuidado, en el caso de los pasivos.

### 3. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE OTRAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

En general, consideramos cuatro tipos de estrategias de intervención: *intervenciones dirigidas a un público general, consejo individual, trabajo de calle e intervenciones en grupos pequeños*, cada una de las cuales no puede ser considerada de manera aislada, sino en sus interrelaciones obligadas con las demás en lo que respecta a los diferentes aspectos que trataremos a continuación.

☞ Es necesario trabajar en **la imagen social de la condición de seropositivo**. Ello implica ante todo, aunque no exclusivamente, a las autoridades de Salud Pública y a las ONG's que son activas en prevención. En este sentido, nos atrevemos a hacer recomendaciones específicas:

-*Como recomendación para las campañas dirigidas a un público amplio*, no estimamos utópico tratar de modificar estas representaciones lanzando mensajes en los que lo que se proteja no sea el individuo, sino el grupo, y no del/la seropositivo/a, sino del virus. Ello implicaría mostrar a más de una persona y más de un serostatus. En todo caso, es significativo que trabajar en la dirección de ir normalizando la presencia de los seropositivos en la sociedad siga siendo una tarea pendiente y necesaria. Creemos que iría en la dirección correcta que se presente la posibilidad de mantener relaciones (sexuales y afectivas, especialmente) con un seropositivo (no necesariamente sólo con relación al colectivo de VSV, aunque otras variables estén en juego en las relaciones heterosexuales) como algo no aterrador, sino simplemente como algo probable si uno está en el mundo.

-*Como recomendación para las intervenciones en pequeños grupos*, es preciso insistir en la vía, que sabemos que ya se está implementando, de reunir a personas de diferentes serostatus para compartir y también confrontar expectativas y dificultades. Convendría ampliar y refinar esta estrategia, diseñándola específicamente para sujetos con diferentes situaciones vitales (jóvenes, aislados, mayores....).

La estrategia de trabajo en grupo parece imprescindible para intervenir con jóvenes por cuanto es necesario cambiar las normas y los valores grupales. Debería consistir precisamente en confrontar a los jóvenes con las contradicciones de sus discursos y prácticas, subrayando que aquellas normas y valores les restan autonomía y capacidad de decisión. Finalmente, a más largo plazo, no estaría de más reabrir el debate en torno a las estrategias de sexo más seguro y sus implícitos menos defendibles. Si entre los jóvenes podemos afirmar que una intervención en pequeños grupos es indicada, puesto que es preciso, para motivar al cambio, que los sujetos se sientan respaldados por un grupo que comparta normas y valores que no van a ser los generalizados, entre los aislados es asimismo recomendable esa modalidad de intervención porque puede favorecer la constitución de ese discurso grupal, faltante en este caso, además de proveer al sujeto de una red social de soporte.

La **percepción de un resultado positivo de la prueba del VIH como un punto final** se hace comprensible también en el marco de la estigmatización social del seropositivo. A este respecto, es preciso tener en cuenta dos órdenes de cuestiones:

☞ En lo que se refiere a entender la enfermedad en general (y el manejo a largo plazo de la infección por VIH) en términos de una pérdida de autonomía, de una imposibilidad para desarrollar el propio estilo de vida, de dependencia o de disrupción de los planes de todo tipo del sujeto, la recomendación consistiría en lo siguiente:

☞ Sin restarle gravedad a la enfermedad, habría que subrayar los cursos de acción posibles; sin negar que también son necesarios reajustes de las relaciones sociales en las que el sujeto se encuentra inmerso, remarcar que éstos son posibles y beneficiosos a largo plazo.

☞ En lo que respecta a que la figura del seropositivo continúa estando marcada por connotaciones fuertes de peligrosidad y se sigue viviendo como una amenaza, es recomendable:

☞ Iniciar campañas de sensibilización que, repitiendo los argumentos anteriores, incidan en una normalización de la figura del seropositivo, presentándolo como una figura real, mostrándolo -por ejemplo- en situaciones cotidianas y manteniendo relaciones con sujetos de diferente serostatus. También cabe repetir aquí las líneas de intervención referidas más arriba con respecto al trabajo en pequeños grupos.

#### 4. RECOMENDACIONES DIFERENCIADAS EN FUNCIÓN DE LAS SITUACIONES QUE SE ABORDAN EN LAS INTERVENCIONES Y DE LOS AGENTES DE PREVENCIÓN QUE ESTÁN IMPLICADOS

Ordenaremos ahora nuestras restantes recomendaciones según las *situaciones* que se abordan en las intervenciones y los *agentes de prevención* que están implicados. Se pueden describir cuatro situaciones básicas:

☞ **1. Personas que no se hacen la prueba, teniendo la posibilidad objetiva de haber estado expuestos al VIH.** Éstas son:

☞ VSV que ponen en cuestión haber estado en riesgo en una estrategia de distanciamiento de una posibilidad que resulta atemorizadora.

☞ VSV que saben que han estado en riesgo, pero anteponen la gestión de la incertidumbre a la realización de la prueba.

Tras estas estrategias de distanciamiento hemos detectado diferentes racionalidades, que resumimos:

- La que se presenta especial, pero no exclusivamente, entre los VSV más jóvenes que han tenido relaciones de penetración anal sin preservativo en un contexto de “confianza” sin conocer con certeza el serostatus de la pareja. Son aducidas consecuentemente razones que tienen que ver con las características de las parejas (‘era joven’, ‘conocía a las personas con las que se había acostado antes’) y con la naturaleza de la relación (‘hay confianza’, ‘somos fieles’). Es común que se realicen la prueba una vez rota la relación.

- La de los VSV del grupo central, dentro de una estrategia de distanciamiento que contribuye a salvaguardar su autonomía y su inclusión en el grupo de pares, puestas en peligro por un resultado positivo.

- La de las personas aisladas, según una racionalidad algo distinta: un posible resultado positivo no sólo tendría repercusiones en su aislamiento con relación a otros VSV, sino que igualmente tendría graves consecuencias de cara a garantizar las bases de su subsistencia.

- La de las personas mayores. Se trata de alejar la inquietud que genera la incertidumbre, bien atribuyendo el riesgo a otros, calificados por criterios morales no aplicables a sus propias prácticas, bien aludiendo a un buen estado de salud, entendido en términos de potencia física.

☞ Planteamos, en este contexto, la utilidad de facilitar al máximo la realización de la prueba del VIH al colectivo de VSV. Cabe aumentar la accesibilidad de ésta implementando una serie de mejoras organizativas o técnicas ya disponibles (medidas que redundan en el acortamiento del tiempo de espera del resultado, realizadas por agentes e instituciones no necesariamente sanitarias, pruebas de detección en fluidos diferentes a la sangre<sup>8</sup>) También cabe discutir la posibilidad, técnicamente posible, de que las ONG's se impliquen en la cuestión, bien realizando el proceso completo, como ocurre en otros lugares, bien buscando alguna otra forma de colaboración con las instituciones sanitarias. Si bien no existe percepción de barreras materiales a la realización de la prueba, y aun cuando no se realiza por motivos a la vez más profundos y más difíciles de modificar, no es descartable que una mayor presencia y facilidad de acceso puedan animar a los sujetos indecisos o, al menos, no disuadir a los que tienen una intención sólo esbozada.

☞ Lo fundamental es fomentar el empleo de técnicas de consejo y buscar cauces de colaboración consistentes entre los agentes implicados. Creemos que el ámbito de la consulta, fundamentalmente asimétrico, puede ser adecuado –como ya señalamos más atrás- para recomendar la prueba, pero no para el consejo: aunque el médico puede haber desarrollado una relación de confianza con el paciente en el sentido que venimos recomendando, en general su posición asimétrica en términos de poder respecto al paciente no depende de ello, sino que forma parte del propio contexto. En este sentido, lo más apropiado sería derivar al sujeto a personal profesional y, especialmente, a las ONG's, que son sus pares y están, por ello, mejor situados para llegar a una relación de cercanía con él.

☞ Sería conveniente que los médicos de atención primaria tuvieran presente la posibilidad de recomendar la prueba de una forma amplia. Sin embargo, especialmente entre los más jóvenes, tienen que tener en cuenta que puede darse un cierto temor y desconfianza si el médico trata a la familia, por lo que debería insistir en la confidencialidad de la situación. Así mismo, el/la médico debe estar preparado a encontrar resistencias entre sujetos que no estén dispuestos a poner al descubierto cuestiones sobre las que no desean tratar (su identidad sexual, o sus prácticas sexuales concretas...), lo que es particularmente importante en aquellos que no se identifican como gays, ya sea por sus circunstancias personales, ya sean porque son mayores, ya sea por encontrarse –principalmente los más jóvenes- en proceso de elaboración de sus estrategias de visibilización de su orientación/identidad sexual. Es preciso que, en estos casos, el/la médico se proponga tomarse el tiempo necesario para generar un clima de confianza, y/o para remitir al sujeto a otros agentes, como las ONG's que trabajan con VSV. La realización de la historia sexual puede ser un instrumento que, más allá de su finalidad sanitaria, se muestre válido para normalizar estas cuestiones e indicar al paciente la disponibilidad de su médico para tocar estos temas.

---

<sup>8</sup> F. Spielberg, B. Branson, G. Goldbaum et al.: "Overcoming barriers to HIV testing : preferences for new strategies among clients of a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men". JAIDS 32, 2003

☞ En cuanto a las ONG's, cabe recomendarles, además de la implementación de estrategias de trabajo individual y en pequeños grupos (cuando no las llevan a cabo), intensificar el acceso a grupos diversos:

☞ Primero, en los locales del ambiente gay, refiriéndonos aquí a aquellos entornos con una finalidad primordial de socialización.

☞ En Madrid estos locales se encuentran ampliamente diversificados con relación al público al que atienden. Ninguno de ellos debería quedar al margen del trabajo de calle de las organizaciones, ya que ningún grupo está carente de prácticas de riesgo y de dificultades específicas con respecto a la prueba.

☞ Sería importante formar a voluntarios que sean a su vez pares para difundir – en los lugares que se frecuentan mayoritariamente- las actividades de consejo, atraer a los sujetos a las intervenciones en pequeños grupos y ofrecer información sobre la realización de la prueba del VIH.

☞ Segundo, en los lugares de encuentros con fines prioritariamente sexuales, para los cuales valen las recomendaciones anteriores, teniendo en cuenta además que son frecuentados por personas con motivaciones y expectativas muy diversas.

☞ En estos lugares (saunas, locales con cuartos oscuros, sitios al aire libre, lugares públicos, etc.) es donde es posible contactar a los sujetos “aislados”; contacto que se recomienda como un objetivo prioritario de las intervenciones en ellos. Se trata de abrir, para este grupo, espacios de encuentro con otros gays con los que se puedan identificar, esto es, con los que no se sientan excluidos, fomentando así que establezcan sus propias vías de expresión.

☞ Los espacios de encuentro, ya se utilicen con fines prioritarios de socialización o de relación sexual, son -en todo caso- contextos privilegiados para la intervención preventiva de la infección por VIH, de manera que no se pueden descartar estrategias de colaboración con los propietarios y gerentes que tengan como foco de la intervención el propio local.

☞ Insistimos en que una estrategia de intervención debe pasar por dos momentos: (1) captación mediante el trabajo de calle, y (2) oferta de espacios alternativos de socialización. Es necesario no imponer un determinado modelo de sociabilidad (‘identidad gay’) o de vivencia de la sexualidad.

En resumen:

☞ Todo aquello que facilite el acceso a la prueba tendrá probablemente resultados beneficiosos.

☞ Es preciso formar a los agentes implicados en técnicas de consejo.

☞ Es recomendable formar a voluntarios que sean también pares en técnicas de trabajo de campo y consejo.

☞ **2. Personas que se realizan la prueba del VIH después de haberlo diferido por un tiempo más o menos prolongado.**

Cambios en las circunstancias sociales y familiares de los sujetos, tales como el entrar en una relación de pareja, el romper una relación de este tipo, la presión de los amigos, la aparición de un problema de salud en un contexto de preocupación por la posibilidad de ser VIH positivo, son otros tantos motivos que pueden llevar a los sujetos a hacerse la prueba. Obviamente, aquí los agentes implicados en primera línea son los médicos de familia y los centros en los que se

oferta la prueba anónima y gratuitamente. Los sujetos se encuentran, en tales circunstancias, con una disposición y receptividad excelentes para tratar con toda franqueza aquello que les ha llevado a exponerse a la infección por VIH.

☞ A este respecto, hay que insistir también aquí en lo antedicho sobre la importancia de ofrecer consejo individualizado y de coordinar a los diferentes agentes implicados, incluyendo pautas de derivación y contacto fluido con las ONG's.

☞ **3. Personas que se realizan la prueba del VIH con cierta regularidad porque tienen asimismo prácticas de riesgo con alguna frecuencia.**

Algunas de ellas pueden estar utilizando la prueba como modo de confirmar que sus estrategias de prevención son correctas y/o suficientes, cuando –en realidad- pueden estar exponiéndoles al VIH. Hemos encontrado casos extremos de este tipo de racionalidades entre:

☞ Sujetos de clases medias y altas que se identifican con la comunidad gay. Se inscriben en un contexto de valoración de la sexualidad como ámbito de expresión de la autonomía personal en torno a la idea y práctica de la experimentación.

☞ Sujetos de más edad, entre los que el no uso del preservativo vehicula sentidos asociados a la construcción de la identidad masculina y a la elaboración del estigma que pesa sobre la homosexualidad: en un extremo, asumen riesgos como signo de virilidad, vinculan la potencia física con la invulnerabilidad a la infección y/o no usan el preservativo como signifiante de dominio; y en otro extremo, la no utilización pasa a significar entrega, afecto e incluso humillación.

☞ Sin embargo, ello no quiere decir que elementos de esta misma lógica no estén presentes en otros sujetos. En realidad, parece que un resultado negativo puede condonar simbólicamente lo que es percibido como una 'falta', como una práctica que expone a la infección. Como caso límite, señalamos el de los entrevistados más jóvenes que cesaron en el uso del preservativo con la pareja, y se hicieron la prueba a posteriori con el objetivo de confirmar que una práctica pasada, un estado de cosas, se basó en asunciones correctas porque resultaron ser VIH-negativos.

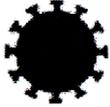
☞ Estas prácticas y actitudes ante la prueba del VIH, sin duda indeseables, son más fácilmente detectadas por el personal encargado de realizar la prueba, principalmente los médicos de atención primaria y los centros en los que se ofrece la prueba anónima y gratuitamente. Una vez revelado que se puede estar dando este uso de misma, la intervención irá encaminada –como es lógico- a hacer conscientes en el sujeto las bases de su percepción del riesgo, con mensajes dirigidos especialmente a cada uno.

☞ **4. Personas que se realizan la prueba del VIH regularmente, sin prácticas de riesgo.**

Se trata sobre todo de los VSV que incorporan la identidad gay, pero desde valores distintos a los dominantes, y no se identifican con los modos de socialización del ambiente, es decir, se trata principalmente de los anteriormente denominados preventivistas. Su rasgo diferenciador no es tanto el no haber encontrado un entorno humano en el que socializarse como gays, sino el haber roto con su medio social de origen. Individualistas, su estrategia de construcción de la identidad pasa por la prevención del VIH en la medida en que el sexo legitimado es el sexo seguro. Es una estrategia precaria, que puede tener bastante que ver con factores contextuales, como el mantener una trayectoria social ascendente.

☞ Consideramos que la tarea de los agentes de prevención, especialmente médicos de atención primaria y centros de ETS, debería consistir básicamente en reforzar al sujeto, no en disuadirle de que se haga la prueba, porque es probable que requiera ese refuerzo y que no sea

inútil proporcionárselo: este grupo es -como los demás- inestable, y sospechamos que a largo plazo no pueden excluirse situaciones en las que haya depresión o, simplemente, desánimo. Estos sujetos suelen entender un resultado negativo de la prueba como una confirmación de lo correcto de sus estrategias de prevención del VIH.



## INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (CM) 2001-2003\*

### INTRODUCCIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se despenalizó parcialmente en España, a través de la Ley Orgánica 9/1985 en tres supuestos concretos:

- ? Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.
- ? Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado.
- ? Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación.

La vigilancia epidemiológica de las IVE se realiza a partir del año 1986 (Orden Ministerial 16 de junio de 1986, modificada por el Real Decreto de 21 de noviembre de 1986). Desde los centros públicos y privados en los que se realizan IVE, el médico responsable de la intervención envía los cuestionarios normalizados de notificación a la Consejería de Sanidad, desde donde anualmente, se remite toda la información al Ministerio de Sanidad y Consumo.

En la CM las IVE se realizan en dos hospitales públicos, donde sólo se practican abortos de bajo riesgo (<12 semanas) y en seis clínicas privadas debidamente autorizadas por la Consejería de Sanidad de la CM, en tres de estas clínicas se practican las IVE de alto riesgo (>12 semanas).

Las clínicas privadas realizan algunas IVE concertadas con la Administración Sanitaria, y es esta quien las sufraga. Esta información se recogió de forma adecuada a partir de julio del año 2003, después de clarificar y unificar los criterios de definición de esta variable.

Los datos de las IVE del año 2003, corresponden a los abortos notificados por los centros de nuestra Comunidad donde se realizan. Dichos datos se refieren a mujeres residentes y a mujeres que, por diversas razones, se han desplazado desde otras comunidades u otro país. Faltarían en este análisis, los datos de mujeres de la CM que han abortado fuera de ella (90 en el año 2002), es por ello que los datos del 2003 se consideran provisionales.

Dado el aumento de emigración que en la última década se ha producido en todo el país y en concreto en nuestra comunidad, se percibió la necesidad de incluir en el año 2003, la variable "país de origen". Los últimos datos estadísticos de que disponemos en cuanto a población

---

\* Registro de IVE: Dulce López-Gay, Concepción Izarra, Isabel Peña-Rey, Ana Gil, Olga Monteagudo

residente en la CM se recogen en el padrón continuo del año 2002, donde a 31 de diciembre, el 11,7% de las mujeres en edad fértil (15-44 años), son emigrantes.

Además del aumento que se haya producido a partir de diciembre de 2002, no contamos con datos de inmigrantes que no tienen regularizada su situación y por lo tanto no disponemos del denominador adecuado para el análisis de esta variable. El alto porcentaje de abortos en mujeres emigrantes, nos alerta acerca de la magnitud de este problema y nos exige el esfuerzo de intervenir específicamente con esta población.

Otra novedad en la recogida de la información en el año 2003, es la que se refiere a las causas concretas del aborto relacionadas con el motivo que llevó a la embarazada a interrumpir dicho embarazo y se han codificado según la CIE-9-MC.

## RESULTADOS

Desde el año 1991 hasta el año 2003, la tasa de IVE por 1.000 mujeres en edad fértil (15-44 años) en la CM ha ido en aumento, pasando de 6,3 a 11,2 (Gráfico 1). El número de IVE realizadas ha aumentado de 9.075 en el año 1998 a 15.332 en el año 2003, lo que supone un incremento del 69% en este período, los mayores incrementos se observan en los grupos de edad de 35-39 años (135%) y de 25-29 años (88%) (Gráfico 2) (1).

Entre el año 1991 y el 2001 (último año del que disponemos de cifras sobre nacidos vivos por grupo de edad de la madre), la razón de IVE: número de IVE por 1000 nacidos vivos, ha pasado 152 a 209 (Gráfico 3). En los grupos de edad de menores de 30 años, esta razón prácticamente se ha duplicado, mientras que en los de 34-39 y 40-44 tiende a disminuir (Gráfico 4). Estas variaciones no sólo se deben al aumento del número de IVE, sino también a las variaciones del número de nacidos vivos por grupos de edad. Así, entre 1991 y 2001, en el grupo de edad de 20-29 años se produjo un incremento de las IVE del 75% y una disminución del número de nacidos vivos del 25%, mientras que en el grupo de 30-39 en el que aumentaron las IVE un 78% también aumentaron los nacidos vivos aunque en un porcentaje algo inferior, un 69%.

### Resultados del período de estudio: 2001-2003

#### 1.- Datos sociodemográficos:

De las 52.457 IVE realizadas en la Comunidad de Madrid (CM), el 18,9% fueron en mujeres residentes fuera de nuestra Comunidad (Tabla 1).

El 62,1% de las mujeres residentes en la CM a las que se les practicó una IVE, vive en el municipio de Madrid.

En el año 2003, como se pone de manifiesto en la introducción, se empezó a recoger la variable país de origen, por ello, del colectivo de inmigrantes, sólo podemos dar datos referidos a este año. El 47,5% de las IVE realizadas durante este año corresponden a mujeres inmigrantes, hay 536 mujeres de las que desconocemos su país (2,9%).

La edad presenta una distribución no normal (Kolmogorov-Smirnov  $p = 0,000$ ) con una mediana de 27 años y una media de  $27,5 \pm 6,6$  años y con una desviación hacia las edades más bajas. El 75,0% tiene 32 años o menos y el 25,0% tienen 22 años o menos. No existen

diferencias significativas por año de realización de la IVE. Por grupos de edad, el 53,5% tenían entre 20-29 años, el 0,2% (91) fueron en menores de 15 años y el 0,4% en mayores de 44 años (Tabla 2).

De las mujeres que realizaron una IVE en este trienio, 45,8% convive en pareja (Tabla 3) y el 65,7% eran solteras (Tabla 4).

El 84,5% tenían un nivel de estudios de segundo o tercer grado; en el año 2003 se observa un menor porcentaje de mujeres analfabetas/sin estudios y un mayor porcentaje con un segundo grado en el nivel de instrucción (Tabla 5). El 64,4% tenían un trabajo remunerado (Tabla 6) y el 68,1% tenían ingresos económicos propios (Tabla 7).

El 50,5% no tenía hijos y el 2,8% tenía más de tres en el momento de la IVE (Tabla 8). De las que tenían hijos, el 3,4% habían parido el mismo año en que se les realizó la IVE y el 40,0% hacía más de 5 años que habían tenido el último hijo (Tabla 9).

Para el 68,3% era su primera IVE y el 1,1% tenían más de cuatro IVE previas (16 mujeres tenían 10 o más IVE) (Tabla 10). De las que referían IVE previas, el 10,2% había abortado en el mismo año y el 26,3% el año anterior (Tabla 11).

Globalmente, el 63,4% refiere no haber acudido a ningún servicio de planificación familiar y/o control de métodos anticonceptivos en los 2 años previos (Tabla 12). El 67,6% de las mujeres de 20 a 24 años, el 78,1% de 15 a 19 años y el 95,6% de 10 a 14 años a las que se les había realizado una IVE no habían acudido a ningún centro (Gráfico 5).

En el año 2003, las mujeres inmigrantes presentan algunas características significativamente diferentes a las mujeres autóctonas: son algo más jóvenes (mediana de edad 26 vs 27 años, media  $27,2\pm 6,1$  vs  $27,8\pm 7,2$  años); un mayor porcentaje refiere vivir en pareja (56,8% vs 38,4%) y estar casadas (29,9% vs 21,5%); son más las que tienen hijos vivos en el momento de la IVE (36,3% sin hijos y 11,2% con 3 hijos o más vs 60,6% y 5,3% respectivamente) y que tienen IVE previas (sin IVE previas el 62,2% y con 3 o más el 4,3% vs 71,9% y el 2,0% respectivamente) y es mayor el porcentaje que no había acudido a ningún centro de control de anticoncepción en los dos últimos años (71,0% vs 61,4%) (Tabla 13).

## 2.- Datos de la intervención

El 98,1% de las IVE se realizaron en un centro sanitario privado (Tabla 14). De las 7.195 IVE que se practicaron durante el segundo semestre del año 2003 en los centros sanitarios privados, e 16,8% fueron concertadas y sufragadas por la Administración Sanitaria.

A pesar de que la mayoría de las IVE se realizan en centros sanitarios privados, sólo el 11,9% de las mujeres se había informado de la posibilidad de realización de esta IVE en un centro privado y el 26,1% en uno público. El 61,7% dicen haberse informado en otras fuentes (prensa, internet, amigos...) (Tabla 15).

El peligro para la salud física o psíquica de la embarazada fue el motivo de la IVE en el 97,7% de los casos, en el 1,9%, la presunción de feto con graves taras y en el 0,3% ambos (Tabla 16). Llama la atención la disminución de IVE realizadas por un embarazo como consecuencia de una violación. Hay que recordar que la violación como motivo de una IVE sólo se admite si existe una denuncia previa.

En el año 2003 se empezaron a codificar las causas que llevaron a la mujer a la realización de una IVE. Entre las causas englobadas en el supuesto de presunción de feto con graves taras, las más frecuentes son las cromosomopatías (38,0%; el 22,1% trisomía 21) y las malformaciones fetales no especificadas (24,0%); en el 5,0% (18) el motivo fue la infección por el VIH de la embarazada. En el supuesto de grave peligro para la salud física o psíquica de la embarazada, el 97,5% la causa es la depresión endorreactiva.

Entre el año 2001 y el 2003, el 61,3% de las IVE se realizaron en las primeras semanas de gestación ( $\leq 8$  semanas) y el 6,4% se realizaron después de la semana 15 (el 1,2% con  $\geq 21$  semanas) (Tablas 17, Gráfico 6).

El porcentaje de mujeres que realizaron una IVE precoz (con  $\leq 8$  semanas de gestación) aumentaba con la edad, sobre todo para las IVE que se realizaron de  $\leq 6$  semanas, mientras que el porcentaje de IVE tardías ( $> 15$  semanas de gestación) fue mayor en menores de 20 años y en mujeres entre 35 y 44 años. El 1,6% (70) de las IVE realizadas en menores de 20 años se practicaron a mujeres con embarazos de más de 20 semanas (Tabla 18, Gráficos 7a y 7b).

De las IVE realizadas por peligro para la salud física o psíquica de la mujer, el 95% se practicaron con  $\leq 15$  semanas de gestación. Cuando el motivo fue la presunción de graves taras para el feto, el 73,9% se practicaron después de la semana 15 y sólo un 5,3% antes de la novena semana.

El 80,5% de las IVE se realizaron por aspiración y el 11,4% por legrado (Tabla 19). El 98,3% de las IVE que se realizan por aspiración y el 87,3% de las que se realizan por legrado se hicieron antes de la semana 16 de embarazo. La RU-486 (píldora abortiva) se utiliza únicamente para IVE de menos de 8 semanas de gestación; de ellas entre el año 2001 y el 2003 se realizaron 20.632 IVE, y en el 7,5% se utilizó la RU-486. Su uso ha aumentado del 5,3% en el 2001 al 8,8% en el 2003.

En el año 2003, se observan algunas diferencias entre las mujeres inmigrantes y las autóctonas en los datos referentes a la intervención: aunque las inmigrantes se informaron sobre la posibilidad de la IVE más en los centros sanitarios públicos, no hay diferencias en el tipo de centro donde se realizaron la intervención y las IVE concertadas fueron más frecuentes entre ellas (19,8% vs 16,4%  $p < 0,05$ ). El motivo de la IVE en inmigrantes fue con más frecuencia el peligro para la salud física o psíquica de la madre pero se realizaban la IVE más tardíamente (Tabla 20).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como conclusión sería necesario informar acerca de las prestaciones existentes sobre la prevención y/o resolución de embarazos no deseados en todos los niveles sanitarios, así como de las maneras de acceder a dichas prestaciones. Esta información debería ir dirigida fundamentalmente a adolescentes al ser, las que abortan más tardíamente sin que el motivo de la IVE sea la presunción de taras graves para el feto, motivo que justifica los abortos tardíos. Otro grupo destinatario de esta información serían las mujeres inmigrantes que acuden menos que las españolas a control de su anticoncepción y a las que también se les realiza la IVE más tardíamente.

Dados los resultados referidos a IVE previas, el asesoramiento después de la interrupción voluntaria del embarazo debería considerarse como una necesidad, pues así lo demandan las mujeres. Y dado que la mayoría de las IVE se practican en clínicas privadas, allí se debería realizar dicho asesoramiento individualizado y protocolizado, que diera respuesta a las necesidades concretas que en dicha materia tenga cada mujer y/o su pareja para garantizar así, que todas las mujeres que abortan, tengan la posibilidad de acceder a la anticoncepción para prevenir la repetición de la IVE. Para ello, en los criterios de calidad de las clínicas se debería incluir el asesoramiento anticonceptivo “in situ”, sin olvidar, el importante papel que la Atención Primaria de Salud tiene en la prevención de embarazos no deseados al estar contemplado en su cartera de servicios dentro del Programa de la Mujer

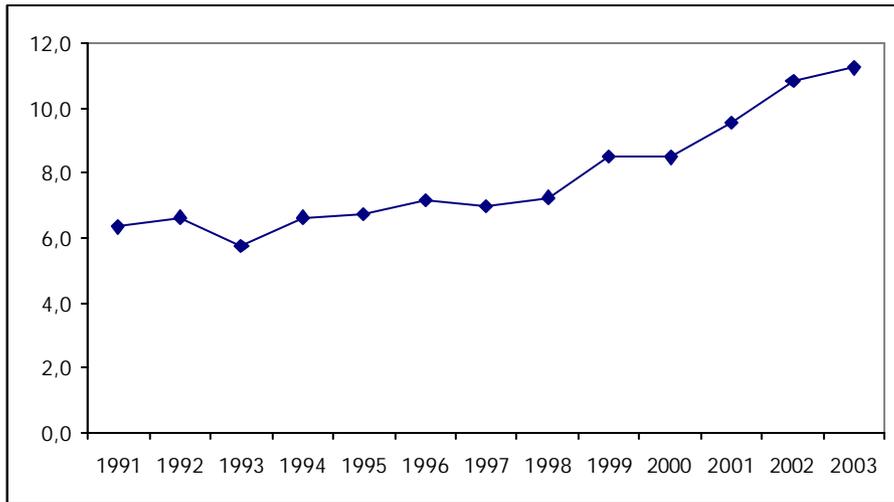
Más allá de la información sobre métodos anticonceptivos, por otra parte suficientemente extendida, hay que involucrar a la pareja cuando exista, en la corresponsabilidad de la anticoncepción, siendo necesario para ello, diseñar e implementar programas desde una perspectiva de género en todos los ámbitos sanitarios en los que se pueda realizar.

En cuanto al colectivo de mujeres inmigrantes, se debe considerar el hecho de que como colectivo es absolutamente heterogéneo y por lo tanto también para la prevención de embarazos no deseados. Habría que estudiar cuáles son los condicionamientos culturales o de cualquier otra índole que lleva a estas mujeres a pasar por la IVE y por la IVE de repetición en un porcentaje mayor que las mujeres españolas; solamente con este conocimiento previo se podría hacer una labor preventiva eficaz.

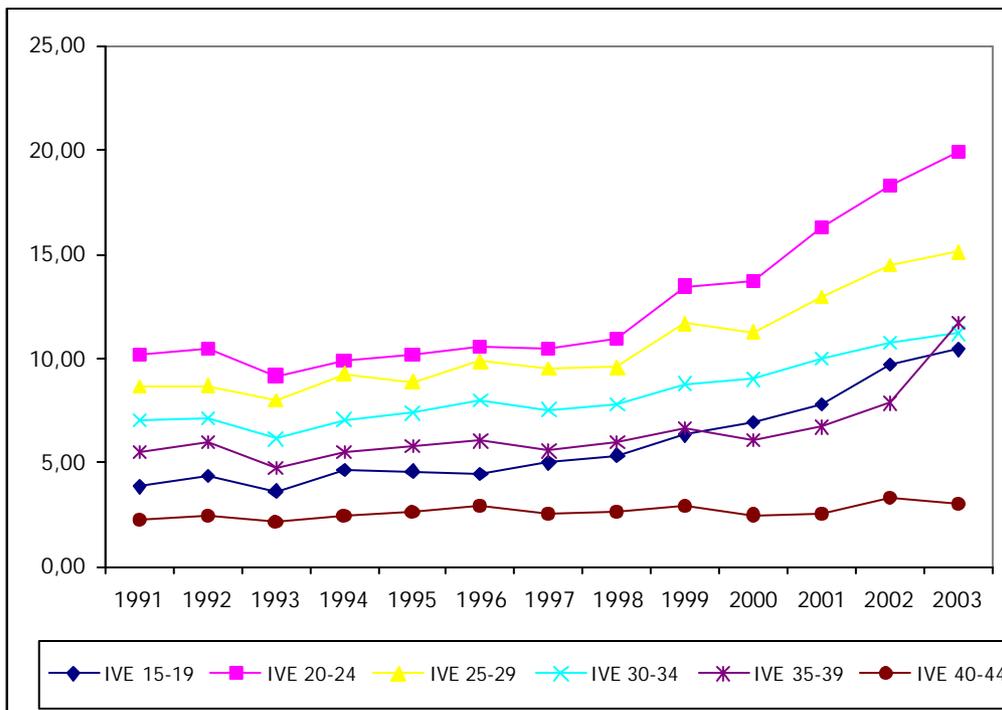
Un problema importante se presenta con las mujeres inmigrantes que no tienen regularizada su situación, y por tanto más vulnerables, ya que, al no tener el aborto voluntario la consideración de urgencia sanitaria, no pueden acogerse a la gratuidad de la IVE dificultándoseles más el acceso.

Como conclusión final de este análisis se pone de manifiesto el ingente trabajo que queda por hacer en este tema, tanto para tener una información mejor de los condicionantes y de los porqués de esta práctica, como para poder mejorar la calidad de vida de las mujeres que se someten a una IVE.

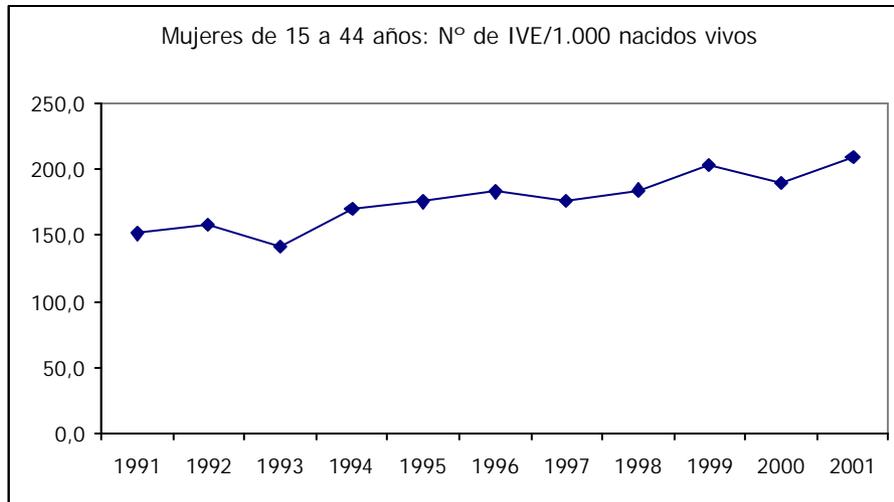
**Gráfico 1**  
**Tasa de IVE por mil mujeres en edad fértil (15 a 44 años)**  
**1991-2003**



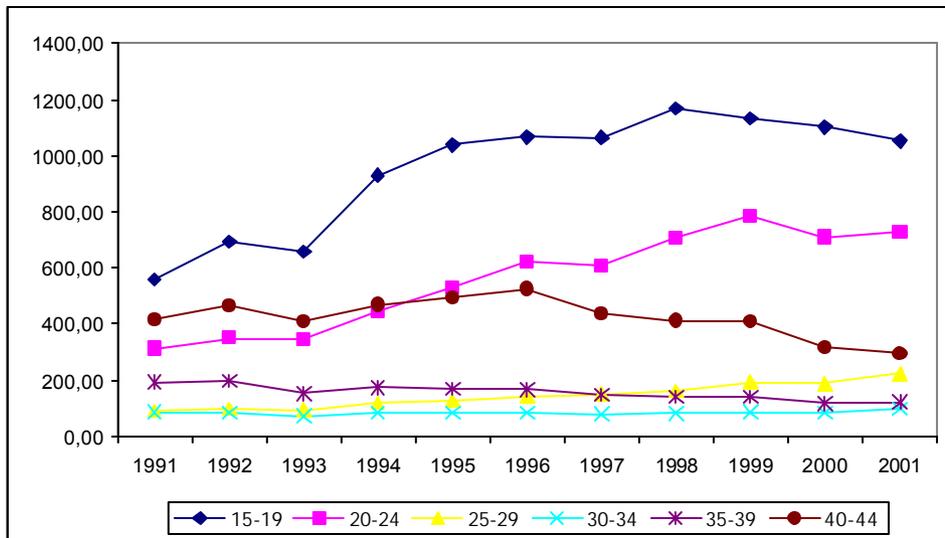
**Gráfico 2**  
**Tasa de IVE por mil mujeres en edad fértil por grupos de edad**  
**1991-2003**



**Gráfico 3**  
**Número de IVE por mil nacidos vivos de mujeres en edad fértil**  
**(15 a 44 años)**  
**1991-2003**



**Gráfico 4**  
**Número de IVE por mil nacidos vivos de mujeres en edad fértil**  
**por grupo de edad**  
**1991-2003**



**TABLA 1**  
**IVE realizadas en la CM por lugar de residencia**  
**2001-2003**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Residentes en la CM	12611	79,8%	14597	81,5%	15332	81,8%	42540	81,1%
Residentes fuera de la CM	3201	20,2%	3305	18,5%	3411	18,2%	9917	18,9%
Total	15812	100,0%	17902	100,0%	18743	100,0%	52457	100,0%

**TABLA 2**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**por grupos de edad**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
No consta					3	,0%	3	,0%
<15	21	,2%	34	,2%	36	,2%	91	,2%
15-19	1244	9,9%	1497	10,3%	1569	10,2%	4310	10,1%
20-24	3596	28,5%	3953	27,1%	4188	27,3%	11737	27,6%
25-29	3243	25,7%	3764	25,8%	4013	26,2%	11020	25,9%
30-34	2411	19,1%	2699	18,5%	2899	18,9%	8009	18,8%
35-39	1533	12,2%	1878	12,9%	1886	12,3%	5297	12,5%
40-44	521	4,1%	721	4,9%	672	4,4%	1914	4,5%
>44	42	,3%	51	,3%	66	,4%	159	,4%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 3**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Convive en pareja**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si	5571	44,2%	6688	45,8%	7211	47,0%	19470	45,8%
No	6923	54,9%	7733	53,0%	8008	52,2%	22664	53,3%
No consta	117	,9%	176	1,2%	113	,7%	406	1,0%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 4**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Estado Civil**

		Año de la IVE						Total	
		2001		2002		2003		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Estado civil	Soltera	8235	65,3%	9486	65,0%	10247	66,8%	27968	65,7%
	Casada	3362	26,7%	3930	26,9%	3882	25,3%	11174	26,3%
	Viuda	107	,8%	105	,7%	99	,6%	311	,7%
	Divorciada	226	1,8%	460	3,2%	498	3,2%	1184	2,8%
	Separada	659	5,2%	584	4,0%	562	3,7%	1805	4,2%
	No consta	22	,2%	32	,2%	44	,3%	98	,2%
Total		12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 5**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Nivel de instrucción**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Analfabeta/sin estudios	311	2,5%	453	3,1%	293	1,9%	1057	2,5%
1º grado	1653	13,1%	1759	12,1%	1317	8,6%	4729	11,1%
2º grado	7840	62,2%	9288	63,6%	10665	69,6%	27793	65,3%
3º grado	2474	19,6%	2777	19,0%	2903	18,9%	8154	19,2%
Inclasificable	289	2,3%	261	1,8%	38	,2%	588	1,4%
No consta	44	,3%	59	,4%	116	,8%	219	,5%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 6**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Situación laboral de la mujer**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Patrona que emplea personal	88	,7%	94	,6%	112	,7%	294	,7%
Empresaria que no emplea personal	398	3,2%	214	1,5%	271	1,8%	883	2,1%
Trabajo por cuenta ajena	7351	58,3%	9131	62,6%	9732	63,5%	26214	61,6%
Pensionista	378	3,0%	44	,3%	45	,3%	467	1,1%
Estudiante	1348	10,7%	1356	9,3%	1354	8,8%	4058	9,5%
Parada	1550	12,3%	1976	13,5%	2129	13,9%	5655	13,3%
Ama de casa	1308	10,4%	1505	10,3%	1555	10,1%	4368	10,3%
Otras	167	1,3%	267	1,8%	105	,7%	539	1,3%
No consta	23	,2%	10	,1%	29	,2%	62	,1%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 7**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Ingresos económicos propios**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si	8550	67,8%	9894	67,8%	10538	68,7%	28982	68,1%
No	3985	31,6%	4444	30,4%	4234	27,6%	12663	29,8%
No consta	76	,6%	259	1,8%	560	3,7%	895	2,1%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 8**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Número de hijos vivos**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Ninguno	6631	52,6%	7302	50,0%	7550	49,2%	21483	50,5%
1	2845	22,6%	3389	23,2%	3869	25,2%	10103	23,7%
2	2086	16,5%	2643	18,1%	2658	17,3%	7387	17,4%
3	668	5,3%	852	5,8%	853	5,6%	2373	5,6%
4 o mas	381	3,0%	411	2,8%	402	2,6%	1194	2,8%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 9**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Años entre el último parto y la IVE**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
En el mismo año	204	3,4%	281	3,9%	231	3,0%	716	3,4%
1	890	14,9%	1013	13,9%	1184	15,2%	3087	14,7%
2	845	14,1%	996	13,7%	1027	13,2%	2868	13,6%
3	599	10,0%	748	10,3%	847	10,9%	2194	10,4%
4	543	9,1%	614	8,4%	689	8,9%	1846	8,8%
5	456	7,6%	544	7,5%	570	7,3%	1570	7,5%
6 o mas	2414	40,4%	2970	40,7%	3120	40,1%	8504	40,4%
No consta año del último parto	29	,5%	129	1,8%	114	1,5%	272	1,3%
Total	5980	100,0%	7295	100,0%	7782	100,0%	21057	100,0%

**TABLA 10**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**IVE previas a la actual**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Ninguna	9001	71,4%	9756	66,8%	10315	67,3%	29072	68,3%
1	2641	20,9%	3350	22,9%	3512	22,9%	9503	22,3%
2	666	5,3%	1030	7,1%	1032	6,7%	2728	6,4%
3	199	1,6%	293	2,0%	294	1,9%	786	1,8%
4 o más	104	,8%	168	1,2%	179	1,2%	451	1,1%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 11**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Años entre la última IVE previa y la actual**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
En el mismo año	373	10,3%	523	10,8%	476	9,5%	1372	10,2%
1	954	26,4%	1272	26,3%	1313	26,2%	3539	26,3%
2	572	15,8%	837	17,3%	840	16,7%	2249	16,7%
3	362	10,0%	481	9,9%	634	12,6%	1477	11,0%
4	242	6,7%	370	7,6%	369	7,4%	981	7,3%
5	212	5,9%	279	5,8%	302	6,0%	793	5,9%
mas de 5 años	847	23,5%	1032	21,3%	1049	20,9%	2928	21,7%
No consta el año de la última IVE previa	48	1,3%	47	1,0%	34	,7%	129	1,0%
Total	3610	100,0%	4841	100,0%	5017	100,0%	13468	100,0%

**TABLA 12**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Utilización de los servicios sanitarios de anticoncepción en los dos últimos años**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Si, a uno publico	2534	20,1%	3185	21,8%	3149	20,5%	8868	20,8%
Si, a uno privado	1681	13,3%	1975	13,5%	1594	10,4%	5250	12,3%
Si, a otros	488	3,9%	288	2,0%	449	2,9%	1225	2,9%
Ninguno	7831	62,1%	9096	62,3%	10055	65,6%	26982	63,4%
No consta	77	,6%	53	,4%	85	,6%	215	,5%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 13**  
**IVE EN MUJERES RESIDENTES EN LA CM**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES POR PAÍS DE**  
**ORIGEN**  
**AÑO 2003**

		España		De fuera de España		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad	No consta	2	,0%	1	,0%	3	,0%
	<15	17	,2%	19	,3%	36	,2%
	15-19	989	13,1%	521	7,2%	1510	10,2%
	20-24	1894	25,1%	2147	29,5%	4041	27,2%
	25-29	1732	22,9%	2135	29,3%	3867	26,1%
	30-34	1337	17,7%	1466	20,1%	2803	18,9%
	35-39	1090	14,4%	758	10,4%	1848	12,5%
	40-44	439	5,8%	221	3,0%	660	4,4%
	>44	50	,7%	14	,2%	64	,4%
Convive en pareja	Si	2901	38,4%	4139	56,8%	7040	47,5%
	No	4597	60,9%	3095	42,5%	7692	51,9%
	No consta	52	,7%	48	,7%	100	,7%
Estado civil	Soltera	5266	69,7%	4595	63,1%	9861	66,5%
	Casada	1627	21,5%	2174	29,9%	3801	25,6%
	Viuda	52	,7%	47	,6%	99	,7%
	Divorciada	235	3,1%	252	3,5%	487	3,3%
	Separada	353	4,7%	189	2,6%	542	3,7%
	No consta	17	,2%	25	,3%	42	,3%
Nivel de instruccion	Analfabeta/Sin estudios	102	1,4%	183	2,5%	285	1,9%
	1º grado	480	6,4%	812	11,2%	1292	8,7%
	2º grado	5115	67,7%	5235	71,9%	10350	69,8%
	3º grado	1801	23,9%	957	13,1%	2758	18,6%
	Inclasificable	11	,1%	25	,3%	36	,2%
	No consta	41	,5%	70	1,0%	111	,7%
Situacion laboral de la mujer	Patrono/a que emplea personal	87	1,2%	23	,3%	110	,7%
	Empresario/a que no emplea personal	136	1,8%	126	1,7%	262	1,8%
	Trabajo remunerado	4556	60,3%	4850	66,6%	9406	63,4%
	Pensionista	36	,5%	9	,1%	45	,3%
	Estudiante	987	13,1%	302	4,1%	1289	8,7%
	Parado/a	1004	13,3%	1068	14,7%	2072	14,0%
	Sus labores	702	9,3%	815	11,2%	1517	10,2%
	Otras	33	,4%	71	1,0%	104	,7%
	No consta	9	,1%	18	,2%	27	,2%
Ingresos economicos propios	Si	5056	67,0%	5138	70,6%	10194	68,7%
	No	2261	29,9%	1851	25,4%	4112	27,7%
	No consta	233	3,1%	293	4,0%	526	3,5%
<b>Total</b>		<b>7550</b>	<b>100,0%</b>	<b>7282</b>	<b>100,0%</b>	<b>14832</b>	<b>100,0%</b>

No se incluyen 500 en las que no consta el país de origen

**TABLA 13 (continuación)**  
**IVE EN MUJERES RESIDENTES EN LA CM**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES POR PAÍS DE**  
**ORIGEN**  
**AÑO 2003**

		España		De fuera de España		Total	
		n	%	n	%	n	%
Nº de hijos vivos	Ninguno	4576	60,6%	2645	36,3%	7221	48,7%
	1	1480	19,6%	2301	31,6%	3781	25,5%
	2	1089	14,4%	1513	20,8%	2602	17,5%
	3	283	3,7%	548	7,5%	831	5,6%
	4 o mas	122	1,6%	275	3,8%	397	2,7%
Si ha tenido hijos: años desde el ultimo parto	No consta año	29	1,0%	71	1,5%	100	1,3%
	En el mismo año	107	3,6%	119	2,6%	226	3,0%
	1	456	15,3%	698	15,1%	1154	15,2%
	2	427	14,4%	573	12,4%	1000	13,1%
	3	356	12,0%	483	10,4%	839	11,0%
	4	264	8,9%	414	8,9%	678	8,9%
	5	203	6,8%	353	7,6%	556	7,3%
	más de 5	1132	38,1%	1926	41,5%	3058	40,2%
Nº de IVE previas a la actual	Ninguno	5426	71,9%	4526	62,2%	9952	67,1%
	1	1565	20,7%	1843	25,3%	3408	23,0%
	2	407	5,4%	603	8,3%	1010	6,8%
	3	101	1,3%	185	2,5%	286	1,9%
	4 o mas	51	,7%	125	1,7%	176	1,2%
Si ha tenido IVE previas: años desde el IVE previo al actual	No consta el año	14	,7%	20	,7%	34	,7%
	En el mismo año	169	8,0%	300	10,9%	469	9,6%
	1	457	21,5%	818	29,7%	1275	26,1%
	2	336	15,8%	479	17,4%	815	16,7%
	3	261	12,3%	355	12,9%	616	12,6%
	4	178	8,4%	181	6,6%	359	7,4%
	5	135	6,4%	159	5,8%	294	6,0%
más de 5	574	27,0%	444	16,1%	1018	20,8%	
Uso de CPF en los últimos 2 años	Si, a uno publico	1626	21,5%	1386	19,0%	3012	20,3%
	Si, a uno privado	1082	14,3%	406	5,6%	1488	10,0%
	Si, a otros	179	2,4%	265	3,6%	444	3,0%
	Ninguno	4634	61,4%	5173	71,0%	9807	66,1%
	No consta	29	,4%	52	,7%	81	,5%
<b>Total</b>		<b>7550</b>	<b>100,0%</b>	<b>7282</b>	<b>100,0%</b>	<b>14832</b>	<b>100,0%</b>

## GRÁFICO 5

## IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)

Porcentaje que utilizó servicios sanitarios de anticoncepción en los 2 años previos a la IVE por grupos de edad de la mujer

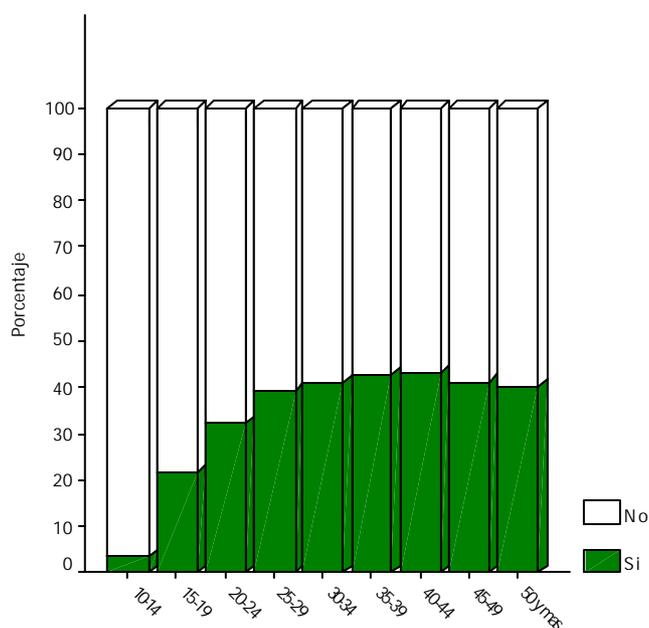


TABLA 14

## IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)

Tipo de centro donde se realizaron las IVE

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Publico	303	2,4%	269	1,8%	255	1,7%	827	1,9%
Privado	12308	97,6%	14328	98,2%	15077	98,3%	41713	98,1%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

TABLA 15

## IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)

Dónde se informó de la posibilidad de realización de la IVE actual

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Centro sanitario publico	3167	25,1%	3719	25,5%	4238	27,6%	11124	26,1%
Centro sanitario privado	1853	14,7%	1400	9,6%	1826	11,9%	5079	11,9%
Otros	7580	60,1%	9455	64,8%	9232	60,2%	26267	61,7%
No consta	11	,1%	23	,2%	36	,2%	70	,2%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

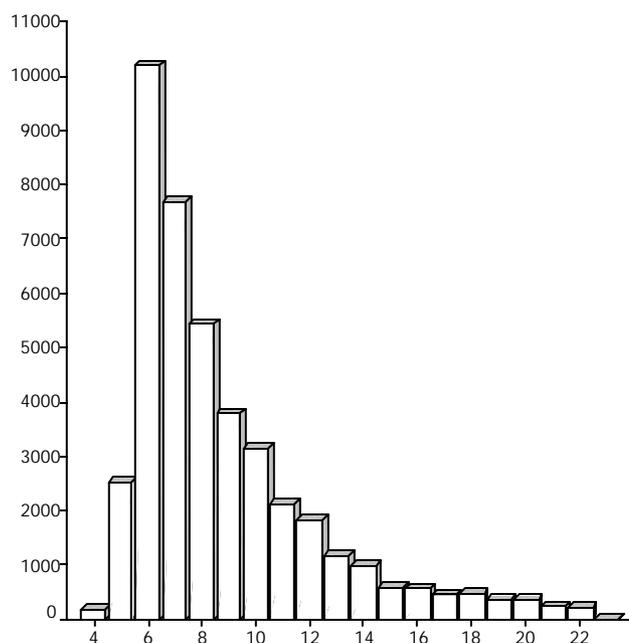
**TABLA 16**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Motivos de la IVE**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Peligro para la salud de la embarazada	12351	97,9%	14251	97,6%	14971	97,6%	41573	97,7%
Presuncion de feto con graves taras	194	1,5%	310	2,1%	292	1,9%	796	1,9%
Violacion	41	,3%	13	,1%	3	,0%	57	,1%
Peligro para la madre y el feto	25	,2%	23	,2%	66	,4%	114	,3%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

**TABLA 17**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Semanas de gestación en el momento de la IVE**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
No consta	26	,2%	23	,2%	13	,1%	62	,1%
6 o menos	3990	31,6%	4245	29,1%	4693	30,6%	12928	30,4%
7	2256	17,9%	2537	17,4%	2911	19,0%	7704	18,1%
8	1792	14,2%	1844	12,6%	1801	11,7%	5437	12,8%
9-10	1976	15,7%	2539	17,4%	2407	15,7%	6922	16,3%
11-12	1042	8,3%	1508	10,3%	1441	9,4%	3991	9,4%
13-15	732	5,8%	979	6,7%	1044	6,8%	2755	6,5%
16-20	633	5,0%	774	5,3%	845	5,5%	2252	5,3%
21 o mas	164	1,3%	148	1,0%	177	1,2%	489	1,1%
Total	12611	100,0%	14597	100,0%	15332	100,0%	42540	100,0%

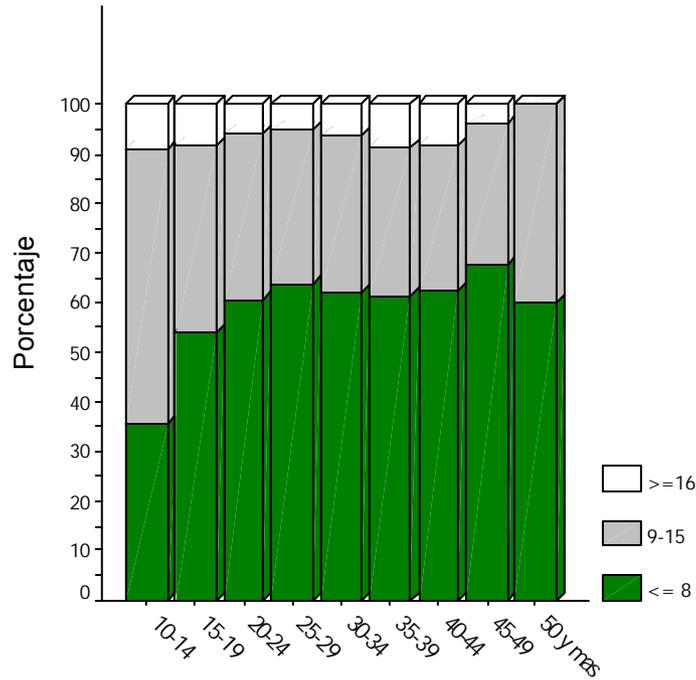
**GRÁFICO 6**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Número de IVE según las semanas de gestación**



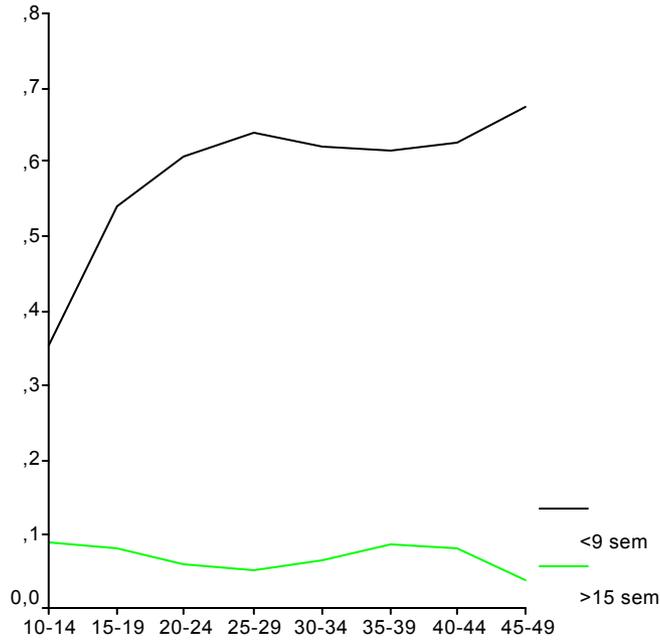
**TABLA 18**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Por grupo de edad y semanas de gestación**

	precoz ( $\leq 8$ semanas)		intermedio (9-15 semanas)		tardío ( $\geq 16$ semanas)		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No consta	2	66,7%	1	33,3%			3	100,0%
<15	33	36,3%	50	54,9%	8	8,8%	91	100,0%
15-19	2331	54,1%	1633	37,9%	346	8,0%	4310	100,0%
20-24	7129	60,7%	3913	33,3%	695	5,9%	11737	100,0%
25-29	7040	63,9%	3419	31,0%	561	5,1%	11020	100,0%
30-34	4971	62,1%	2527	31,6%	511	6,4%	8009	100,0%
35-39	3259	61,5%	1580	29,8%	458	8,6%	5297	100,0%
40-44	1197	62,5%	561	29,3%	156	8,2%	1914	100,0%
>44	107	67,3%	46	28,9%	6	3,8%	159	100,0%
Total	26069	61,3%	13730	32,3%	2741	6,4%	42540	100,0%

**GRÁFICO 7a**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Número de IVE por grupo de edad y semanas de gestación**



**GRÁFICO 7b**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Porcentaje de IVE precoz y tardía según el grupo de edad**



**TABLA 19**  
**IVE en mujeres residentes en la CM (2001-2003)**  
**Método de intervención**

	Año de la IVE						Total	
	2001		2002		2003		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Aspiracion/miniaspiracion	9964	79,0%	11806	80,9%	12490	81,5%	34260	80,5%
Dilatacion	485	3,8%	391	2,7%	437	2,9%	1313	3,1%
Legrado	1682	13,3%	1649	11,3%	1521	9,9%	4852	11,4%
RU-486	332	2,6%	545	3,7%	671	4,4%	1548	3,6%
Inyeccion intravenosa	108	,9%	163	1,1%	148	1,0%	419	1,0%
Inyeccion intrauterina	7	,1%			1	,0%	8	,0%
Histerotomia	4	,0%	5	,0%	2	,0%	11	,0%
Histerectomia	1	,0%	1	,0%			2	,0%
Otros	5	,0%	37	,3%	62	,4%	104	,2%
No consta	23	,2%					23	,1%
<b>Total</b>	<b>12611</b>	<b>100,0%</b>	<b>14597</b>	<b>100,0%</b>	<b>15332</b>	<b>100,0%</b>	<b>42540</b>	<b>100,0%</b>

**TABLA 20**  
**IVE en mujeres residentes en la CM**  
**Datos de la intervención por país de origen**  
**Año 2003**

		España		De fuera de España		Total	
		n	%	n	%	n	%
Donde se informo la 1ª vez de la posibilidad de esta IVE	Centro sanitario publico *	1962	26,0%	2154	29,6%	4116	27,8%
	Centro sanitario privado*	1069	14,2%	691	9,5%	1760	11,9%
	Otros	4505	59,7%	4416	60,6%	8921	60,1%
	No consta	14	,2%	21	,3%	35	,2%
-							
Tipo de centro	Público	118	1,6%	115	1,6%	233	1,6%
	Privado	7432	98,4%	7167	98,4%	14599	98,4%
-							
Motivo de la IVE	Peligro para la salud de la embarazada*	7250	96,0%	7223	99,2%	14473	97,6%
	Presunción de feto con graves taras*	242	3,2%	48	,7%	290	2,0%
	Violación	1	,0%	2	,0%	3	,0%
	Peligro para la salud de la embarazada y presunción de feto con graves taras*	57	,8%	9	,1%	66	,4%
-							
Semanas de gestación	No constan	6	,1%	7	,1%	13	,1%
	< 9 (precoz) *	4879	64,6%	4117	56,5%	8996	60,7%
	de 9 a 15 *	2137	28,3%	2670	36,7%	4807	32,4%
	>15 (tardío)	528	7,0%	488	6,7%	1016	6,9%
<b>Total</b>	<b>7550</b>	<b>100,0%</b>	<b>7282</b>	<b>100,0%</b>	<b>14832</b>	<b>100,0%</b>	

\* p<0,05 (diferencias estadísticamente significativas)

No se incluyen 500 mujeres de las que no consta el país de origen

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Interrupción voluntaria del Embarazo. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2002 (2) vol 8:3-44. <http://www.comadrid.es/sanidad/salud/vigilancia/boletín/index.htm>.
2. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum. Interrupciones voluntarias de embarazo en la Comunidad de Valencia 2001. Valencia: Dirección General de salud Pública, 2001.
3. MMWR: Abortion Surveillance—Unites Stated, 2003 (28); 52:1-32.
4. MMWR: Abortion Surveillance—Unites Stated, 2002 (7); 51:1-32.
5. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.
6. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2002. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.

## ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA



**Período analizado: Año 2004, semanas 5 a 8  
(del 1 al 28 de Febrero de 2004)**

*Esta sección incluye información general procedente del Sistema de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria e información detallada de alguna rúbrica específica incluida en la lista de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los datos de la rúbrica se refieren a los acumulados desde la semana 1.*

### VARICELA

Durante las primeras 8 semanas del año 2004 se han notificado 6.198 casos de varicela, 625 casos más que en el mismo período de 2003. Esto supone una tasa de 112,14 casos por 100.000 habitantes y un aumento del 11,2% con respecto al año anterior (5573 casos, tasa de  $100,83 \times 10^5$ ). En la semana 8 del 2004 y 2003 se recibieron el mayor número de notificaciones.

En el gráfico nº 1 se observa la evolución semanal del número de casos notificados desde la semana 1 a la 8 del año 2004 en comparación con los índices endemoepidémicos (máximo, mínimo y mediana) del quinquenio anterior. La curva de casos supera levemente a los máximos esperados en 5 semanas. El índice epidémico acumulado fue de 1,19.

Las áreas sanitarias con mayor incidencia han sido la 9 ( $150,8 \text{ casos} \times 10^5$ ), la 8 ( $149,9 \times 10^5$ ), la 3 ( $146,9 \times 10^5$ ) y la 4 ( $133,3 \times 10^5$ ) (ver gráfico nº 2). Por distritos sanitarios, las mayores tasas de incidencia se han observado en Arganda ( $269,9 \times 10^5$ ), Aranjuez ( $259,3 \times 10^5$ ), Torrejón de Ardoz ( $242,4 \times 10^5$ ), Leganés ( $225,9 \times 10^5$ ) y Alcorcón ( $211,2 \times 10^5$ ).

La evolución del nº de casos semanales declarados en la Comunidad de Madrid desde el año 1997 hasta la actualidad se muestra en el gráfico nº 3. En él se observa un patrón de presentación estacional, con mayor incidencia en primavera, y la presencia de picos polianuales cada 2 o 3 años, que reflejan el acúmulo de personas susceptibles.

**Gráfico 1. Varicela. Canal endemoepidémico.  
Nº casos notificados. Año 2004, semanas 1-8. Comunidad de Madrid**

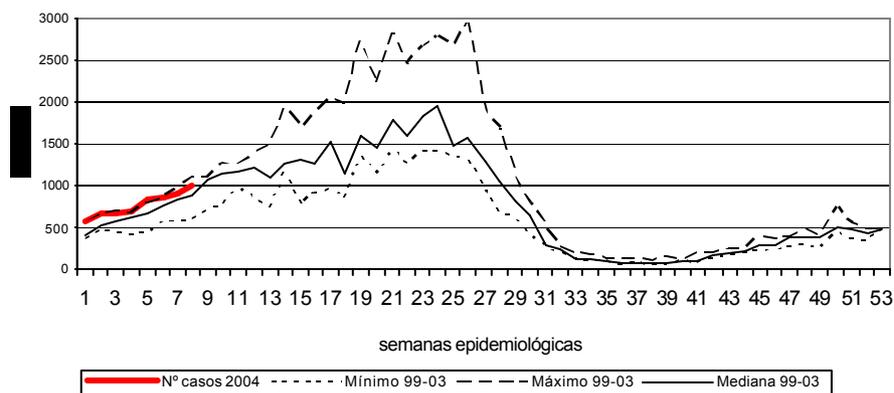
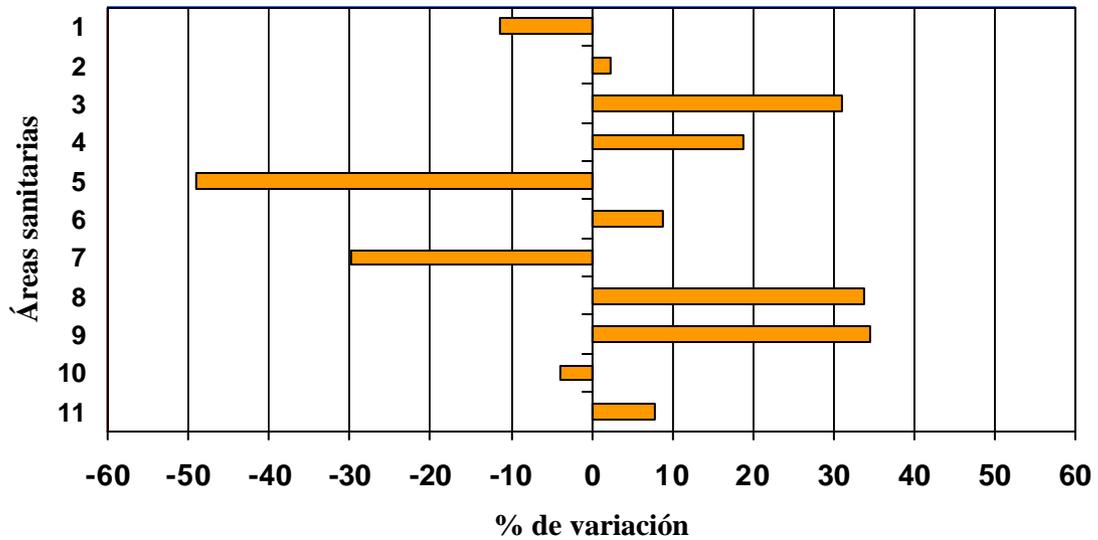
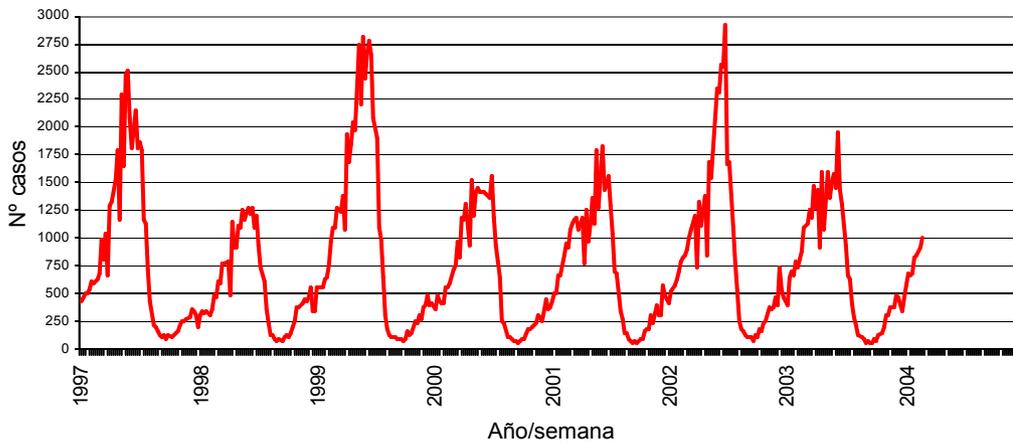


Gráfico 2.- Varicela. Variación de las tasas de incidencia por áreas de salud respecto a la tasa de la Comunidad de Madrid. Año 2004(semanas 1-8).



Tasa CM: 112,14 casos por 100.000 habitantes

Gráfico nº 3. Varicela. Nº casos semanales notificados. Comunidad de Madrid. Período 1997-2004(hasta semana 8)



## Casos de Enfermedades de Declaración Obligatoria por Áreas de Salud. Comunidad de Madrid. Año 2004, semanas 5 a 8 (de 1 a 28 de febrero)

Enfermedades	AREA 1		AREA 2		AREA 3		AREA 4		AREA 5		AREA 6		AREA 7		AREA 8		AREA 9		AREA 10		AREA 11		TOTAL	
	Sem.	Acumu.	Sem.	Acumu.																				
<b>Inf que causan meningitis</b>																								
Enf. meningocócica	1	3	0	2	0	2	1	2	0	2	2	4	0	4	1	7	0	2	0	1	0	1	5	30
Enf. inv. <i>H. influenzae</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Meningitis bacterianas, otras	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	3	4	4	10
Meningitis víricas	1	1	0	0	3	4	1	1	0	0	0	0	0	0	2	3	1	2	0	1	2	5	10	17
<b>Hepatitis víricas</b>																								
Hepatitis A	0	1	2	4	0	1	1	3	1	2	0	1	4	10	2	7	0	1	1	3	6	8	17	41
Hepatitis B	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	2	4	0	1	2	2	0	0	0	1	4	4	11	15
Hepatitis víricas, otras	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	3	3	1	1	2	2	3	6	13	18
<b>Enf transmisión alimentos</b>																								
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disentería	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
<b>Enf transmisión respiratoria</b>																								
Gripe	534	1678	561	1686	243	688	701	1884	386	2846	803	2263	1628	4850	891	2841	494	1563	166	597	1601	4702	8046	25693
Legionelosis	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Varicela	489	681	331	490	234	449	442	728	82	389	378	659	271	424	390	638	327	555	174	307	479	878	3597	6198
<b>Enf transmisión sexual</b>																								
Infección Gonocócica	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	3	0	0	0	0	0	0	4	7
Sífilis	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	3	6	5	6	0	0	1	1	1	1	7	10	2	29
<b>Antropozoonosis</b>																								
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4
Leishmaniasis	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	4
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Enf prevenibles inmunización</b>																								
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	1	3	1	3	0	0	1	1	0	3	4	10	0	1	0	0	1	1	1	3	6	10	15	35
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	2	6	5	15
<b>Enf importadas</b>																								
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Paludismo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	3	0	1	1	1	2	8
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tífus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Tuberculosis</b>																								
TB respiratoria*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TB, otras*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Enf notificad sist especiales</b>																								
E.E.T.H.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lepra	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P.F.A. (< 15 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Poblaciones</b>	<b>684.754</b>		<b>427.408</b>		<b>305.698</b>		<b>545.981</b>		<b>679.805</b>		<b>540.426</b>		<b>538.842</b>		<b>425.594</b>		<b>368.096</b>		<b>284.713</b>		<b>725.835</b>		<b>5.527.152</b>	
<b>Cobertura de Médicos</b>	<b>58.11%</b>		<b>89.76%</b>		<b>83.83%</b>		<b>87.47%</b>		<b>17.39%</b>		<b>93.15%</b>		<b>74.40%</b>		<b>88.59%</b>		<b>82.12%</b>		<b>42.01%</b>		<b>72.59%</b>		<b>70.37%</b>	

\* Los casos de Tuberculosis registrados en la Comunidad de Madrid se presentarán en un informe específico.



## BROTOS EPIDÉMICOS. COMUNIDAD DE MADRID

SEMANAS 5-8 (del 1 al 28 de febrero de 2004)

Los brotes epidémicos son de notificación obligatoria urgente a la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Están obligados a declarar los profesionales sanitarios, así como los responsables de instituciones y establecimientos no sanitarios cuando se sospeche la existencia de un brote en su ámbito de competencia. Esta sección recoge información provisional sobre los brotes epidémicos notificados a la Red de Vigilancia. Los datos definitivos se publican en el Informe de Brotes Epidémicos de la Comunidad de Madrid con periodicidad anual.

### Brotes de origen alimentario. Año 2004. Semanas 5-8

Area	Localización	Ambito	Exp.	Enf.	Vehículo sosp.	Agente causal
2	Madrid (Salamanca)	Restaurante	2	2	Almejas	<i>V. parahaemol.</i> *
2	Coslada	E. Infantil	119	7	Carne	<i>S. enteritidis</i>
3	Alcalá de Henares	Familiar	5	4	Pastel huevo	<i>Salmonella sp</i>
4	Madrid (San Blas)	Colegio	263	74	Pollo	<i>Campylob. sp</i>
4	Madrid (Ciudad Lineal)	Familiar	5	3	Varios alim.	<i>S. enteritidis</i>
5	Alcobendas	Restaurante	9	5	Desconocido	Desconocido
5	Tres Cantos	Familiar	4	3	Salsa roquef.	Desconocido
5	Madrid (Fuencarral)	Colegio	435	17	Pollo	<i>S. enteritidis</i>
5	Patones	Familiar	69	27	Carne jabalí	<i>T. bitrovi</i>
7	Madrid (Centro)	Restaurante	2	2	Desconocido	Desconocido
7	Madrid (Latina)	Familiar	4	3	Gambas	Desconocido
7	Madrid (Centro)	Restaurante	6	6	Desconocido	Desconocido
7	Madrid (Chamberí)	E.comi. prep.	2	2	Ensaladilla	Desconocido
7	Madrid (Chamberí)	Colegio	298	20	Tortilla	<i>S. enteritidis</i>
11	Madrid (Arganzuela)	Restaurante	10	7	Desconocido	Desconocido

\*Agente causal no confirmado por laboratorio  
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

### Brotes de origen NO alimentario. Año 2004. Semanas 5-8

Area	Tipo de brote	Localización	Ambito	Exp.	Enf.	Agente causal
1	Escarlatina	Madrid (Retiro)	Colegio	26	3	<i>Streptococcus sp</i> *
1	Gastroenteritis ag.	Madrid (Retiro)	Res. ancianos	194	30	<i>Norovirus</i>
3	Escarlatina	Alcalá de Henares	Colegio	25	2	<i>Streptococcus sp</i> *
5	Escarlatina	Madrid (Fuencarral)	Colegio	23	3	<i>Streptococcus sp</i> *
5	Meningitis vírica	Madrid (Fuencarral)	E. Infantil	2	2	Virus*
5	Tos ferina	Madrid (Fuencarral)	Familiar/Colegio	144	10	<i>B. pertussis</i>
6	Tiña	Collado Villalba	Colegio	20	5	<i>Microsp. canis</i>
7	Hepatitis A	Madrid (Chamberí)	Colegio	3	3	VHA*
10	Parotiditis	Torrejón de la Calzada	Colegio	53	2	<i>V parotiditis</i> *
11	Escarlatina	Madrid (Arganzuela)	Colegio	5	5	<i>Streptococcus sp</i> *
11	Gastroenteritis ag.	Madrid (Arganzuela)	Res. ancianos	386	59	<i>Norovirus</i>

\*Agente causal no confirmado por laboratorio  
Exp=Expuestos; Enf= Enfermos

**Nº de brotes y número de casos asociados a brotes epidémicos.  
Año 2004. Semanas 5-8 y datos acumulados hasta la semana 8.**

Brotes de origen alimentario. Lugar de consumo	Nº brotes		Nº casos	
	Sem 5-8	Acum.	Sem 5-8	Acum.
Colegios y guarderías	4	5	118	161
Bares, restaurantes y similares	5	7	22	53
Domicilio	5	10	40	61
Instituciones sanitarias	0	1	0	5
Otros	1	2	2	4
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>182</b>	<b>284</b>
Brotes de origen no alimentario. Tipo de brote	Sem 5-8	Acum.	Sem 5-8	Acum.
Escarlatina	4	4	13	13
Gastroenteritis aguda	2	7	89	174
Hepatitis A	1	2	3	5
Tiña	1	1	5	5
Meningitis vírica	1	1	2	2
Parotiditis	1	1	2	2
Tos ferina	1	1	10	10
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>124</b>	<b>211</b>

En la segunda cuatrisesmana de 2004 se han notificado 15 **brotes de origen alimentario** con 182 casos asociados. El mayor número de casos se ha asociado a los brotes ocurridos en colegios y guarderías, seguido por los ocurridos en el entorno familiar. Se ha confirmado el agente en 7 brotes: *Salmonella* en 5, *Campylobacter jejuni* en 1 y *Trichinella bitrovi* en 1. El brote por *Campylobacter* tuvo lugar en un colegio y afectó a 74 niños de 1 a 5 años de edad. El alimento sospechoso fue el pollo. El brote de triquinosis afectó a 26 personas, la mayoría de ellas residentes en el municipio madrileño de Patones de Abajo. Como fuente de infección se identificaron los productos derivados de un jabalí abatido durante una cacería, que fueron cocinados en un domicilio familiar. El agente se confirmó en muestras clínicas y de los productos del jabalí.

Los **brotes de origen no alimentario** más frecuentes en la segunda cuatrisesmana de 2004 han sido los de escarlatina, que aparecieron en centros escolares y originaron 13 casos. Se produjeron 2 brotes de gastroenteritis aguda por norovirus en dos residencias de ancianos, que dieron lugar a 89 casos y no originaron ningún ingreso hospitalario. Se notificó un brote de tos ferina de ámbito familiar y con implicación posterior de dos colegios. El brote afectó a dos adultos y ocho niños. Dos casos se confirmaron microbiológicamente por cultivo.

Desde el comienzo del año se han notificado 42 brotes epidémicos, el 59,5% (25 brotes) de origen alimentario. El colectivo más frecuentemente implicado en los brotes de origen alimentario fue el familiar, seguido de los bares, restaurantes y similares. El mayor número de casos se produjo en los brotes asociados a centros escolares (56,7% del total). Los brotes de origen no alimentario más frecuentes han sido los de gastroenteritis aguda (7 brotes), que originaron 174 casos. En 5 de ellos se confirmó un norovirus como agente causal y en todos las residencias de ancianos fueron el colectivo implicado.



## RED DE MÉDICOS CENTINELA

**Período analizado: Año 2004, semanas 5 a 8**  
(Del 1 al 28 de febrero de 2004)

Esta sección incluye información procedente de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Este sistema de vigilancia está basado en la participación voluntaria de médicos de Atención Primaria cuya población atendida, en conjunto, es representativa de la población de la Comunidad de Madrid. Actualmente cuenta con la colaboración de 45 médicos generales y 41 pediatras y los procesos objeto de vigilancia son: Varicela, Herpes Zoster, Crisis Asmática y Gripe. Cada año se elabora un informe con los principales resultados del sistema, el último informe publicado ha sido: "Informe de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid, 2002" (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid de agosto 2003, Volumen 9, número 8). Sobre algunos de los procesos se difunden informes independientes, así, la gripe cuenta con un informe semanal durante la temporada al cual se puede acceder en la siguiente página web: <http://www.comadrid.es/sanidadnoticias/pdf/gripe01.pdf>

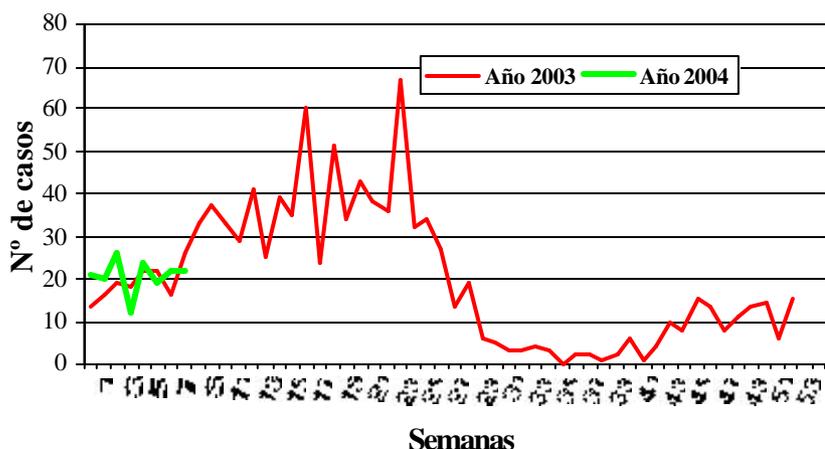
### VARICELA

Durante las semanas 5 a 8 del año 2004, se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 87 casos de varicela, lo que corresponde a una incidencia ponderada por población y semanas notificadas de 117,4 casos por 100.000 habitantes. En el gráfico 1 se presenta la distribución semanal de casos del periodo estudiado y los correspondientes al año 2003.

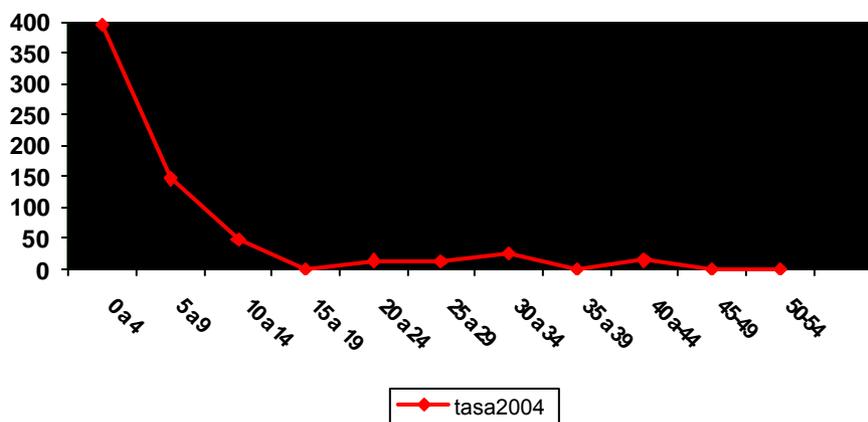
La distribución por género muestra que 49% son varones y 51% mujeres. Respecto a la edad la incidencia es mayor en los niños más pequeños (gráfico 2), en conjunto la incidencia registrada en menores 15 años ha sido de 183,1 casos por 100.000 habitantes.

En las tablas 1 y 2 se presenta la frecuencia de las distintas fuentes y lugares de exposición, destacando entre las primeras la asociación a varicela (66,7%) y entre los lugares de exposición guarderías y colegios (58,2%). En 3 casos (4,8%) se ha observado como complicación una infección bacteriana.

**Gráfico 1. Distribución semanal de los casos de varicela. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Años 2003 y 2004.**



**Gráfico 2. Incidencia de varicela específica por grupos de edad. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 5-8 de 2004**



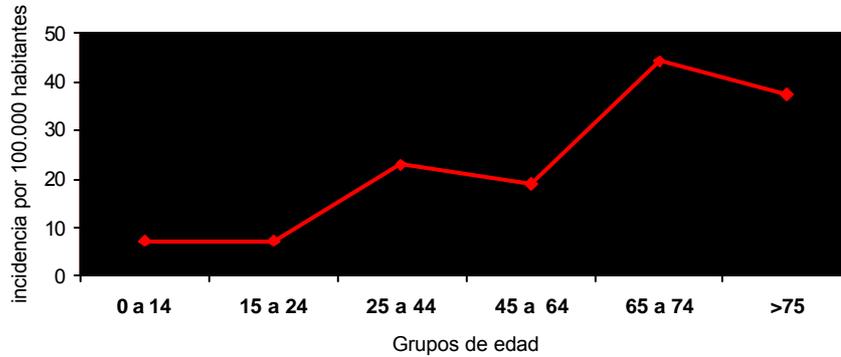
**Tabla 1. Distribución de los casos de varicela según fuente y lugar de exposición. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 5-8 de 2004.**

<i>Fuente de exposición</i>		<i>Lugar de exposición</i>	
Varicela	58 (66,7%)	Guardería	22 (25,6%)
Herpes zoster	0 (0,0%)	Colegio	28 (32,6%)
Brote	10 (11,5%)	Hogar	13 (15,1%)
Desconocido	19 (21,8%)	Desconocido	23 (26,7%)
Total	87 (100%)	Total	86 (100%)

## HERPES ZOSTER

Durante las semanas 5-8 del año 2004 se han registrado a través de la Red de Médicos Centinela 22 casos de herpes zoster, lo que corresponde a una incidencia ponderada por población y semanas notificadas de 29,7 casos por 100.000 habitantes. La distribución por género fue: 8 casos (36%) en varones y 14 casos en mujeres (64%) y la media de edad correspondió a 46,4 años (DE =25,3 años), con un rango de edad que va de 6 a 82 años. La mediana fue 46 años. La incidencia más elevada se ha detectado en los grupos de edad más avanzada (gráfico 3).

**Gráfico 3. Incidencia de herpes zoster específica por grupos de edad. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 5-8 de 2004**

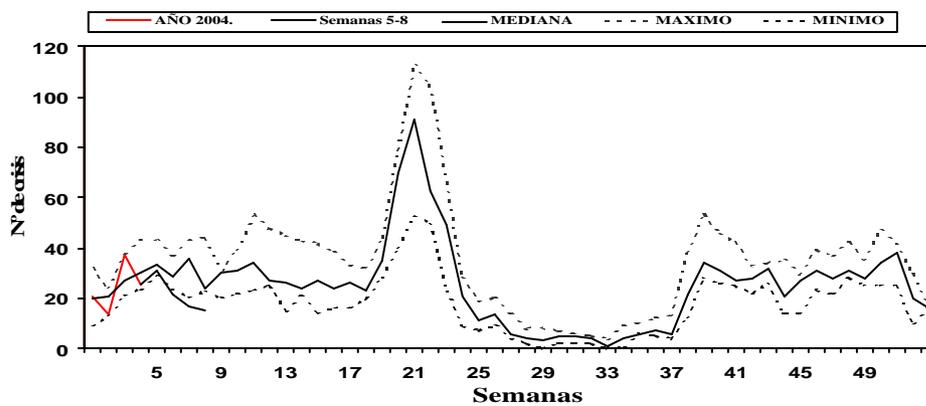


**Tabla 3. Casos notificados y cobertura de notificación. Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid. Semanas 1-4 de 2004.**

	<i>Nº casos Semanas 5-8</i>	<i>Nº casos acumulados</i>	<i>Cobertura %</i>
<b>Gripe*</b>	<b>37</b>	<b>95</b>	<b>87.5</b>
<b>Varicela</b>	<b>87</b>	<b>166</b>	<b>64,46</b>
<b>Herpes zoster</b>	<b>22</b>	<b>47</b>	
<b>Crisis asmáticas</b>	<b>85</b>	<b>182</b>	

\*Sólo se vigila entre la semana 40 y 20 de cada temporada

**Crisis asmáticas. Año 2004**  
Red de Médicos Centinela



Fuente: Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid

La suscripción al Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid es gratuita, siempre que sea dirigida a profesionales sanitarios e Instituciones.

Solicitudes:

Servicio de Epidemiología  
C/ Julián Camarillo nº 4-B. 28037 Madrid  
E-mail: [boletin.epidemiologico@madrid.org](mailto:boletin.epidemiologico@madrid.org)

El Boletín Epidemiológico está disponible en:

<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>

(una vez en esta dirección ir a vigilancia epidemiológica->boletín epidemiológico  
->números disponibles en la red.)

**AVISO:** "Se informa a los suscriptores que si desean obtenerlo en formato electrónico pueden solicitarlo a través de internet; y que en caso de no continuar deseando recibirlo en su edición impresa deberán comunicarlo a la dirección arriba indicada."