

SIDA Y SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual y por tanto, un problema social. Cada persona o sus seres queridos, han tenido, tienen o tendrán relaciones sexuales y por tanto están potencialmente a riesgo de adquirir la infección por VIH. La solución requiere solidaridad y un abordaje multidisciplinario.

La ausencia de un plan integral contra el SIDA, salpicado por acciones voluntarista de grupos afectados y algunas campañas gubernamentales puntuales, nos ha llevado a la situación actual. A 31 de Diciembre de 1992, la tasa de incidencia acumulada en España era de 441 casos por el millón, la más elevada de los países europeos. Una política de salud frente al SIDA requiere una determinación de necesidades y una respuesta ágil y dinámica basada en la planificación racional y en la asignación de recursos, con el consenso de los principales actores sociales afectados por el problema. Esta política debe girar en torno a tres ejes: vigilancia, prevención y organización de servicios.

La vigilancia

Una breve revisión de los datos disponibles y el reconocimiento de las lagunas de información nos permitirá un acercamiento a la magnitud de la extensión del VIH en España. El 82% de los casos diagnosticados tienen entre 20 y 40 años¹. La mayoría de las infecciones se producen en menores de 25 años. En este número de *Gaceta* se nos informa que la incidencia acumulada de infección por VIH en personas entre 20 y 29 años de Navarra es de 9,8/1000: 13,6/1000 de los hombres y 6/1000 de las mujeres en este grupo de edad están infectados. Navarra es una región de bajo riesgo cuando se la compara con Madrid, Cataluña, el País Vasco o Galicia². Aproximadamente el 50% de los usuarios de droga por vía intravenosa (UDIs) están infectados^{3,4}, el 4% de las prostitutas que no se inyectan drogas⁵, el 70% de la población reclusa masculina de Madrid⁶. Se carece de información poblacional sobre homosexuales, bisexuales, personas que han recibido transfusiones y poblaciones representativas de población general, como reclutas militares y mujeres embarazadas. En nuestro país, argumentos confusos sobre la confidencialidad de la prueba de VIH han impedido un debate abierto sobre la conveniencia de

la determinación serológica de sueros anónimos. En otros países europeos y en Norteamérica se han desarrollado procedimientos que respetando los derechos individuales y el anonimato, permiten conocer el estado serológico de la población. A pesar de las lagunas de información, la evidencia indica que el VIH se ha extendido en nuestro país y que debemos hacer frente a una epidemia de la que se espera alcanzar 38.000 casos a finales de 1995⁷. Además de la vigilancia de la infección, es también necesario comenzar la vigilancia de los comportamientos de reducción de riesgo, tales como, uso de condones y uso de material de inyección esterilizado. Esta vigilancia de comportamientos en distintas subpoblaciones daría información sobre las poblaciones diana que deben ser objeto de intervenciones y sobre la efectividad de las intervenciones a nivel poblacional.

La prevención

Las formas de prevenir la extensión del VIH son fácilmente enumerables. Dos de ellas afectan a toda la población sexualmente activa y suponen caminos alternativos: el uso del condón o la abstinencia sexual. La tercera va dirigida a los UDIs: uso de material de inyección esterilizado. La elección entre utilizar el condón o abstenerse de actividad sexual es necesaria y se debe hacer de forma individual sobre la base de una información veraz y un debate abierto con amigos y educadores. Nuestros jóvenes ya no son niños y pueden elegir, nuestros niños crecen con el SIDA en la sociedad y deben estar informados. La inclusión y evaluación de actividades sobre la prevención del SIDA en los currícula escolares es otra tarea pendiente.

La comunidad homosexual debería ser objeto de intervenciones preventivas específicas. Sin embargo, exceptuando algunas actividades en las grandes zonas urbanas de Madrid y Barcelona, el alcance de estas intervenciones ha sido hasta el momento muy limitado. La ayuda a los colectivos organizados de homosexuales en otros núcleos urbanos podría tener un impacto importante en la comunidades locales.

Además, se debería promover las acciones comunitarias para prevenir la extensión del SIDA en zonas de alta prevalencia. Los Centros de Salud de la Red de Atención Primaria podrían tener un papel importante en la organización de estas actividades en cada zona.

La prevención del VIH en UDIs ha sido tratada por Samuel Friedman en esta revista⁸. Propone las siguientes acciones: a) accesibilidad a equipo de inyección esterilizado incluyendo programas de intercambio de jeringuillas, b) facilidad de acceso a la prueba del VIH con consejo, antes y después de la prueba, c) programas de tratamiento de abuso de drogas utilizando diferentes regímenes terapéuticos según las necesidades de los clientes y d) promoción y ayuda a las organizaciones de UDIs en la prevención de la extensión de la infección.

La organización de servicios

La estimación mínima de personas VIH+ en España y en 1991 era de 84.000⁷. ¿Cómo se pueden organizar los servicios sanitarios y sociales para esta población? La solución pasa por integrar una serie de nuevos servicios en las redes sanitarias y sociales ya existentes con: a) formación de profesionales sanitarios de Atención primaria sobre el manejo de las personas VIH+, b) formación de profesionales de Salud Mental sobre las repercusiones psicológicas de la infección por el VIH, c) preparación de programas de asistencia social y reconocimiento de la invalidez de las personas con infección en estado avanzado de inmunodepresión, d) programas de atención a domicilio con integración de personal de atención primaria, especializada y servicios sociales, e) preparación para los cuidadores y convivientes de las personas VIH+.

Todas estas actividades requieren recursos económicos. ¿Cuál es el impacto económico del SIDA actualmente? ¿Cómo va a evolucionar el gasto de la atención a la persona VIH+ a medida que avanza la epidemia? En nuestro país, se han hecho algunas estimaciones sobre el coste hospitalario anual de un enfermo de SIDA⁹. Actualmente, se ha iniciado una

acción europea sobre el impacto económico del SIDA cuyo primer paso es estimar los costes hospitalarios y las necesidades de cama de hospital. Las primeras estimaciones indican que un enfermo de SIDA utiliza 80 días de cama hospitalaria anuales y que el coste hospitalario varía en los distintos países, suponiendo en Holanda el 86% de los gastos sanitarios directos del paciente de SIDA¹⁰. Un objetivo a largo plazo de esta acción concertada es la medida de la utilización de recursos y costes fuera del hospital en los cuidados comunitarios y sociales. Este análisis permitirá seleccionar las estrategias más eficientes para el tratamiento y atención a la persona VIH+.

Para concluir, nos preguntamos qué acciones podemos llevar a cabo los profesionales de Salud Pública en las comunidades donde trabajamos. En primer lugar, debemos monitorizar la epidemia y dar información veraz a las autoridades sanitarias y al público en general a través de los medios de comunicación. En segundo lugar, es preciso promover actividades de prevención, orientados principalmente a los jóvenes y adolescentes, los UDIs y los homosexuales, las personas que ejercen la prostitución y sus clientes. En tercer lugar, debe investigarse sobre la organización de servicios que permita atender a las personas infectadas con efectividad y eficiencia. Sin olvidar que para todas estas acciones será necesario asignar recursos.

La epidemia seguirá su curso según las leyes dinámicas de la transmisión de enfermedades infecciosas, y sólo desaparecerá si la media de personas infectadas por cada persona con el virus es inferior a la unidad. Por el momento, en ausencia de una vacuna, la única forma de impedir su propagación es reducir la tasa básica de reproducción por medio de la prevención.

María Victoria Zunzunegui

*Centro Universitario de Salud Pública
Universidad Autónoma de Madrid*

Bibliografía

1. Registro nacional de casos de SIDA. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III.
2. Lardelli P, de la Fuente L, Alonso JM, López R, et al. Geographical variations in the prevalence of VIH infection among drug users receiving ambulatory treatment in Spain. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 306-14.
3. Hernández Aguado I, Bolmar F. Determinants of HIV-1 infections in IVDUs in Valencia Spain, 1987-1991. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 537-40.
4. Zunzunegui MV, Rodríguez MA, Sarasqueta C. Drogadicción intravenosa y riesgo de infección por VIH en Madrid, 1990. *Gac Sanit* 1993; 7: 2-11.
5. Estébanez P, Sarasqueta C, Fitch K, et al. Prevalencia del VIH-1 y otras enfermedades de transmisión sexual en prostitutas españolas. *Med Clin* 1992; 99: 161-7.
6. Estébanez P, Colomo C, Zunzunegui MV. Cárceles y SIDA: factores de riesgo de infección por el VIH en las cárceles de Madrid. *Gac Sanit* 1990; 4: 100-5.
7. Castilla J, Zunzunegui MV, García E. Predicción de la incidencia mínima de SIDA en España para el período 1992-1995. *Gac Sanit* 1993; 7: 105-9.
8. Friedman SR, Des Jarlais DC. Controlling the HIV epidemic among drug injectors. *Gac Sanit* 1993; 7: 41-5.
9. Rabanaque Hernández MJ, Tomás Aznar C, Gómez López LJ, Aibar Ramón C, et al. Costes hospitalarios en pacientes con infección por VIH. *Med Clin* 1992; 98: 85-8.
10. Postma MJ, Leidl R, Downs AM, Rovira J, et al. Economic impact of the AIDS epidemic in the European Community: towards multinational scenario on hospital care and cost. *AIDS* 1993; 7: 541-53.