



GOBIERNO
DE ESPAÑA

PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



MINISTERIO
DE CIENCIA
E INNOVACION

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/sida EN MUJERES

Sumario

La epidemia de HIV/sida es un problema de salud pública en España. No es adecuado hablar de feminización de la epidemia, ya que sigue afectando mayoritariamente a los hombres en relación 3:1. Las conclusiones más relevantes son:

Infecciones por VIH

- Aunque con reservas, se puede decir que la tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH se ha igualado con los países de nuestro entorno, situándose en los 83 por millón de habitantes en 2006. Desde el 2003, los nuevos diagnósticos se mantienen estables en ambos sexos y la razón hombre/mujer se mantiene alrededor de 3.
- Las mujeres son más jóvenes y la gran mayoría se infectaron a través de relaciones sexuales no protegidas. Las mujeres provenientes del extranjero han aumentado hasta ser casi la mitad de las nuevas diagnosticadas.
- Aunque entre las mujeres, el porcentaje de retraso diagnóstico es menor que entre los hombres, las cifras no mejoran con el tiempo.
- La prevalencia de infección VIH en madres de recién nacidos vivos se mantiene estable en alrededor del 1,5‰.
- Las mujeres que acuden a realizarse la prueba del VIH en las clínicas especializadas son jóvenes de 29 años de media, el factor de exposición es mayoritariamente el contacto sexual y casi la mitad son inmigrantes. Entre las mujeres con exposición heterosexual la prevalencia de infección desciende en los últimos años y es de 0,9% en 2006. La prevalencia de VIH en mujeres que ejercen la prostitución desde el 2000 permanece estable alrededor del 1%.

Casos de SIDA

- En los casos de SIDA, el patrón de transmisión más común para las mujeres se invirtió en el 2002, siendo la transmisión heterosexual más común que la predominante hasta ese momento, la debida al uso de drogas inyectadas.
- La tuberculosis, la neumonía por *P. jirovecii* y la candidiasis esofágica, son las enfermedades indicativas de sida que más afectaron a mujeres y hombres. El 3,1% de las mujeres con sida sufren cáncer invasivo de cuello uterino.
- En la última década, se observa que el peso de las mujeres de origen extranjero ha aumentado más que entre los hombres, llegando a superar el 30% de los casos de sida en los últimos años.

Los datos epidemiológicos sugieren que, al igual que los hombres, hay un importante número de mujeres que desconocen que están infectadas, que no acceden al tratamiento adecuado y pueden tener un papel importante en la transmisión del VIH. La transmisión sexual es la mayoritaria en España y claramente en las mujeres. Entre las personas que adquieren la infección por vía heterosexual se tiende a la equiparación entre sexos. Las mujeres procedentes de otros países representan cada vez más una parte importante, tanto de los casos de sida como de los nuevos diagnósticos de infección por VIH.

Es, por tanto, necesario incrementar la percepción del riesgo de infección por VIH entre las mujeres sexualmente activas y potenciar el diagnóstico en este grupo de población. Para ello es también fundamental la implicación de los profesionales sanitarios en todos los niveles de atención.

Madrid, Diciembre de 2008

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN MUJERES EN ESPAÑA (datos 2006)

Se estima que la epidemia global de VIH se va estabilizando en torno a 2,5 millones de nuevas infecciones por año, de las cuales el 50% son mujeres². Este porcentaje aumenta en algunas regiones como Europa del Este y Asia Central y Caribe. Sin embargo, en Europa Occidental y Central, la epidemia de VIH/sida afecta mayoritariamente a los hombres. Además, gracias al mejor conocimiento para evitar la transmisión y a la eficacia del tratamiento antirretroviral, el perfil epidemiológico y la morbimortalidad ligada a la infección por el VIH han cambiado radicalmente a lo largo de sus casi 30 años de historia. Las nuevas infecciones debidas al uso compartido de material de inyección por los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) descienden drásticamente, aunque siguen siendo numerosas⁴. Las nuevas infecciones en hombres con contactos homo o bisexuales presentan una tendencia ascendente⁴⁻⁶.

En España la situación es similar a la europea y actualmente no se dan las condiciones para la feminización de la epidemia. Se considera que una epidemia es concentrada, cuando afecta a menos del 1% de la población adulta (medida en mujeres embarazadas) y a más del 5% en algún subgrupo de población⁸. Este es el caso de España, y aunque en este momento la infección se transmite más frecuentemente por vía sexual, la posibilidad de que la epidemia se generalice, pasando a afectar más del 1% de las mujeres embarazadas, es pequeña. Aún así, las características fisiológicas y la frecuente situación de desventaja sociocultural hacen que las mujeres constituyan un grupo más susceptible a la infección. Para predecir la evolución de la epidemia, sin embargo, es necesario conocer la dinámica de transmisión del VIH entre los grupos con comportamientos de riesgo o vulnerables, y las interacciones entre éstos, sus parejas sexuales, y la población general considerada de menor riesgo¹⁰.

La OMS/ONUSIDA recomienda, independientemente del estadio de la epidemia, monitorizar la prevalencia en poblaciones que puedan en mayor o menor grado representar a la población general. Las mujeres embarazadas, no sólo se consideran una buena aproximación, sino que también son un grupo de fácil acceso ya que la mayoría utiliza los servicios prenatales durante el embarazo¹⁰.

Además, conocer bien la epidemia entre las mujeres, sobre todo en aquellas en edad reproductiva, es esencial ya que el diagnóstico de la infección y el tratamiento, previo a un embarazo y parto, supone evitar la transmisión madre-hijo. Las encuestas serológicas en mujeres embarazadas o parturientas son una actividad de vigilancia clave en epidemias concentradas.

En España, existen varios sistemas de información epidemiológica para monitorizar la evolución de la epidemia de VIH/sida. En este informe se presenta la información referida a mujeres que se obtiene a través de estos sistemas, en particular de los siguientes:

- 1) Sistemas de notificación de nuevos diagnósticos de VIH existentes en algunas comunidades autónomas (CCAA),
- 2) Registro Nacional de Sida,
- 3) Información sobre mortalidad asociada al VIH/sida publicada por el INE, y
- 4) Estudios de seroprevalencia en grupos específicos de población, con diversos grados y mecanismos de exposición:
 - a. el estudio anónimo y no relacionado de prevalencia de anticuerpos anti-VIH en madres de recién nacidos,
 - b. el estudio de prevalencia en usuarios de clínicas especializadas para infecciones de transmisión sexual y VIH (ITS/VIH)

1. Situación de la infección por VIH

1.1. SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS, 2003-2006

Es difícil evaluar la situación global de la infección por VIH en España al no existir un sistema estatal de notificación de nuevos diagnósticos de VIH. Sin embargo, en los últimos años, los sistemas existentes en 7 CCAA: Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, La Rioja, Navarra y País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta (32% del total de población española) ofrecen algunos datos. Aunque con limitaciones, se puede decir que en España la tasa de nuevos diagnósticos se mantiene estable desde 2003, en alrededor de 85 casos por millón de habitantes, siendo comparable con los datos de países europeos de nuestro entorno¹¹.

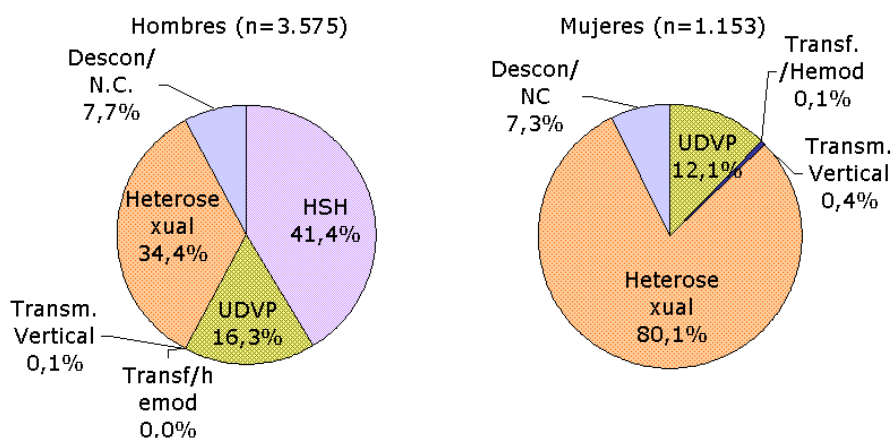
La información generada por las CCAA³ muestra, pues, una tendencia estable de los nuevos diagnósticos en ambos sexos y la razón hombre/mujer se mantiene alrededor de 3 (tabla 1.1).

Tabla 1.1. Nuevos diagnósticos de infección por VIH

| | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | Total | |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hombre | 923 | 76,03 | 909 | 74,20 | 847 | 75,29 | 896 | 76,976 | 3.575 | 75,613 |
| Mujer | 291 | 23,97 | 316 | 25,80 | 278 | 24,71 | 268 | 23,024 | 1.153 | 24,387 |
| Total | 1.214 | | 1.225 | | 1.125 | | 1.164 | | 4.728 | |
| H/M | 3,2 | | 2,9 | | 3,0 | | 3,3 | | 3,1 | |

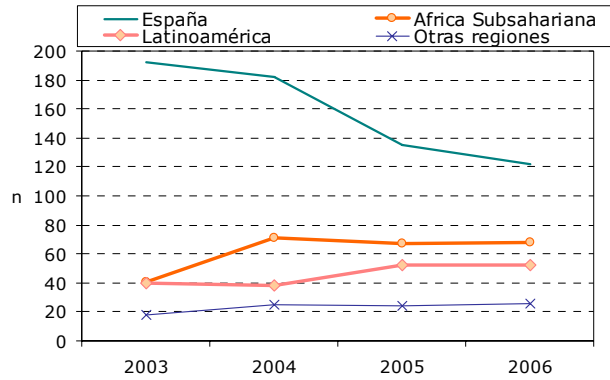
El número de mujeres diagnosticado entre 2003 y 2006 en estas CCAA fue 1.153, un 24,4% del total de casos. La media de edad, 34,7 años (DE: 10,6), es bastante menor que la de los hombres, 37,8 años (DE: 11,0). La gran mayoría de las mujeres se infectaron a través de relaciones heterosexuales no protegidas (80%) y menos del 13% por el uso endovenoso de drogas (figura 1.1.2).

Figura 1.1.2. Proporción de nuevos diagnósticos de VIH por sexo y vía de transmisión



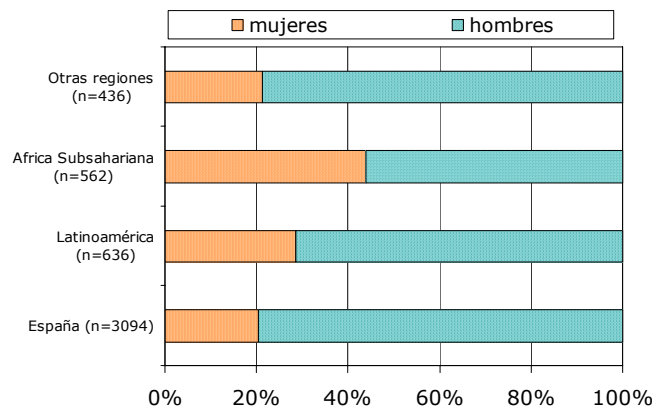
En este periodo, más de la mitad de los diagnósticos en mujeres se realizó en españolas (54,7%), pero la proporción de mujeres inmigrantes pasó de ser un tercio en el 2003 a algo más de la mitad en 2006. Entre las extranjeras, las mujeres que provienen de África subsahariana (48,6%) y de latinoamérica (35,2%) son las más numerosas (figura 1.1.3).

Figura 1.1.3. Nuevos diagnósticos de VIH en mujeres por región de origen y año diagnóstico



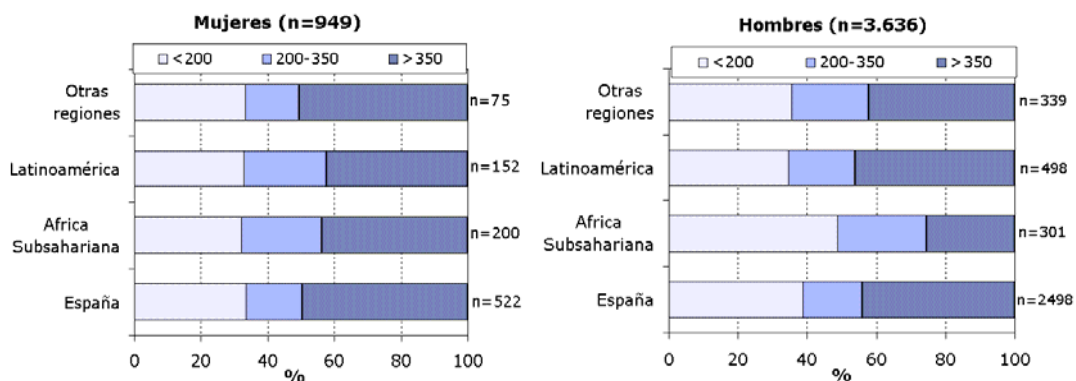
La figura 1.1.4 muestra como entre españoles, latinoamericanos y originarios de otras regiones la afectación es considerablemente mayor en hombres (cerca del 80%) que en mujeres. Sin embargo entre los subsaharianos, las mujeres representan casi la mitad de los nuevos diagnósticos, reproduciendo así un patrón epidemiológico similar al de su región de origen.

Figura 1.1.4. Proporción de nuevos diagnósticos de VIH por sexo y región de origen



El diagnóstico tardío, definido como una cifra de leucocitos CD4 menor a 200 células/ μ L, es substancialmente menor en mujeres (33%) que en los hombres (38,6%), probablemente debido al *screening* prenatal. No obstante, el porcentaje de mujeres con inmunidad comprometida al diagnóstico (CD4<350 células/ μ L) no mejora con el tiempo. Algo más de la mitad de las mujeres (54%) fueron diagnosticadas en esa situación, cuando ya debían estar recibiendo tratamiento antirretroviral. La proporción de diagnósticos tardíos entre españolas y extranjeras fue la misma (33%). Sin embargo, más mujeres inmigrantes que españolas (60% frente a 50%) eran susceptibles de recibir TARGA al hacer el diagnóstico. (figura 1.1.5)

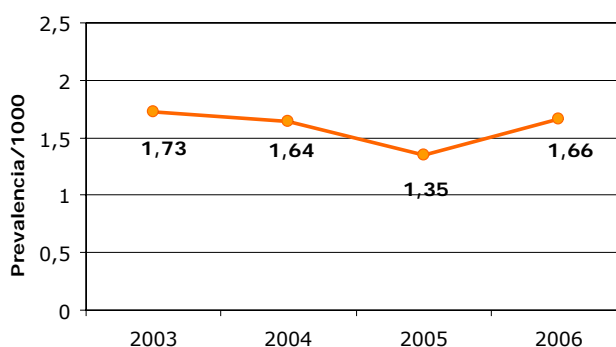
Figura 1.1.5. Proporción de mujeres y hombres con inmunidad comprometida al diagnóstico por región de origen



1.2. PREVALENCIA DE VIH EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS, 2003-2006

La prevalencia de infección VIH para el 2006, en madres de recién nacidos en 6 comunidades (Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Galicia) se encuentra en 1,66‰ (IC 95%:1,44-1,90)¹², y la tendencia es estable (figura 1.2 y tabla 1.2).

Figura 1.2. Prevalencias de anticuerpos VIH en recién nacidos en seis CCAA



Esta prevalencia es menor que los datos arrojados por un estudio análogo en Reino Unido, en el que la prevalencia global en el 2006 fue de 2,23‰¹³. Estudios similares realizados en 2003 en Madrid¹⁴ y en 2004 en Cataluña¹⁵, brindan prevalencias similares a las de las seis CCAA y, aunque los resultados no son estrictamente extrapolables al conjunto de España, sí sugiere que la prevalencia de anticuerpos en mujeres que dan a luz un hijo vivo está alrededor del 1,5‰. Para las comunidades participantes el dato es muy válido dada la excelente cobertura del estudio (88%)(tabla 1.2).

Tabla 1.2. Prevalencia de anticuerpos VIH en recién nacidos

| | 2003 | | 2004 | | 2005 | | 2006 | | Global | |
|--------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|
| | n | IC 95% | n | IC 95% | n | IC 95% | n | IC 95% | n | IC 95% |
| Total | 1,73 | 1,49-1,98 | 1,64 | 1,41-1,89 | 1,35 | 1,15-1,56 | 1,66 | 1,44-1,90 | 1,59 | 1,47-1,70 |
| Baleares | 2,03 | 1,29-3,16 | 1,93 | 1,09-2,98 | 1,72 | 1,05-2,66 | 2,29 | 1,48-3,38 | 1,99 | 1,59-2,45 |
| Canarias | 2,33 | 1,57-3,44 | 2,15 | 1,22-3,18 | 0,99 | 0,43-1,94 | 2,06 | 1,22-3,25 | 1,91 | 1,49-2,40 |
| Castilla-La Mancha | 1,38 | 0,92-2,06 | 0,86 | 0,17-1,55 | 0,96 | 0,58-1,49 | 0,9 | 0,51-1,45 | 1,05 | 0,81-1,33 |
| Castilla y León | 1,19 | 0,69-2,00 | 1,11 | 0,65-1,58 | 0,82 | 0,46-1,35 | 1,02 | 0,63-1,55 | 1,02 | 0,80-1,28 |
| C. Valenciana | 2,02 | 1,62-2,51 | 1,81 | 1,43-2,18 | 1,73 | 1,39-2,13 | 2,06 | 1,67-2,49 | 1,90 | 1,70-2,10 |
| Galicia | 1,28 | 0,84-1,93 | 1,70 | 1,09-2,31 | 1,15 | 0,69-1,79 | 1,48 | 0,94-2,22 | 1,40 | 1,13-1,71 |

En el año 2006, hubo cerca de 500.000 partos¹⁶ en España, de los que alrededor de 800 habrían afectado a mujeres seropositivas, si aceptamos estos datos como aplicables. Algunos estudios^{17;18} indican que las mujeres extranjeras y las más jóvenes pueden presentar prevalencias más altas. Otros sugieren que la transmisión heterosexual aumenta entre las mujeres, en proporción mayor entre las originarias de otros países¹⁹, y que el número de nacimientos entre las madres extranjeras aumenta²⁰. Desafortunadamente, el estudio no puede ofrecer evidencia de la influencia que esto ejerce sobre la evolución de la prevalencia en las Comunidades Autónomas estudiadas. Para ello sería necesario recoger las variables "país de origen" y "edad de la madre".

1.3. PREVALENCIA DE VIH EN DIFERENTES GRUPOS DE POBLACIÓN QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DE VIH (Estudio Epi-VIH) 2000 - 2006

Los resultados de este estudio reflejan meramente la situación epidemiológica de las personas que presentan conductas de riesgo para el VIH y que acuden espontáneamente, para diagnóstico o tratamiento, a una red de centros especializados en detección de ITS/VIH²¹. En este documento se exponen los resultados referentes a mujeres que acudieron por primera vez a consulta.

1.3.1. Características de las personas que se hacen la prueba del VIH

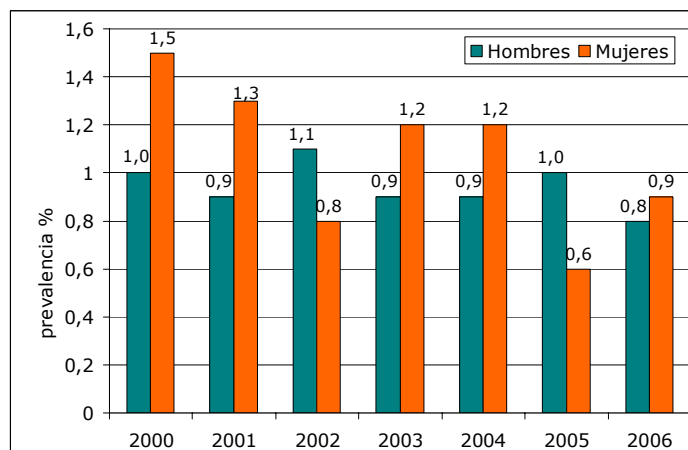
En el periodo entre 2000 y 2006 se realizaron un total de 143.326 pruebas serológicas de detección del VIH. De estas, 90.452 se hicieron en la primera visita, de las cuales el 47% fue en mujeres con una media de edad de 29 años (DE: ± 8).

El 56,7% de estas mujeres refieren como única vía posible de transmisión del VIH las relaciones heterosexuales no comerciales. Esta proporción aumenta en el tiempo a expensas de las mujeres UDVP y de las que ejercen prostitución ($p < 0,05$). Aproximadamente la mitad de estas mujeres eran españolas y la otra mitad de otros países. Entre las españolas la exposición más común fue heterosexual sin otro factor de riesgo (88%), en contraposición con las extranjeras, en las que la conducta de riesgo mayoritaria fue ejercer la prostitución (70%).

1.3.2. Prevalencia de VIH

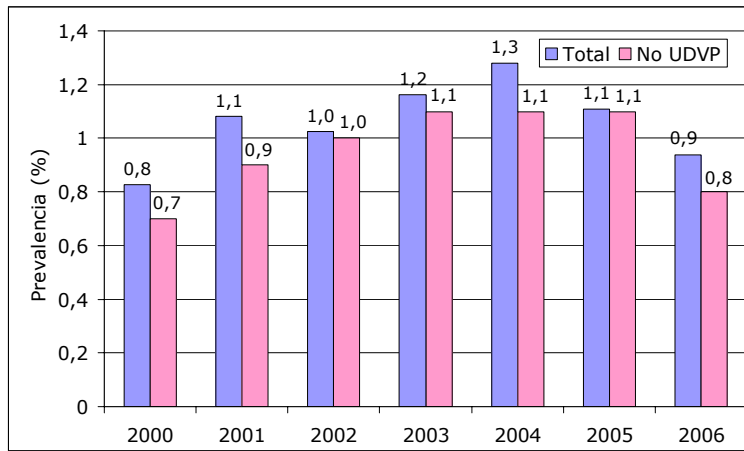
Sin desagregar por sexo, la seroprevalencia del VIH permanece estable desde el 2000 en torno al 2,5%. Sin embargo en las mujeres presenta un descenso paulatino y significativo. En mujeres cuya única práctica de riesgo fue tener contactos heterosexuales no protegidos disminuye del 1,5 al 0,9% ($p < 0,05$), siendo en general ligeramente superior a la de los hombres con el mismo tipo de exposición (figura 1.3.1).

Figura 1.3.1. Prevalencia de VIH en personas con riesgo heterosexual (excluidos UDVP y prostitución)



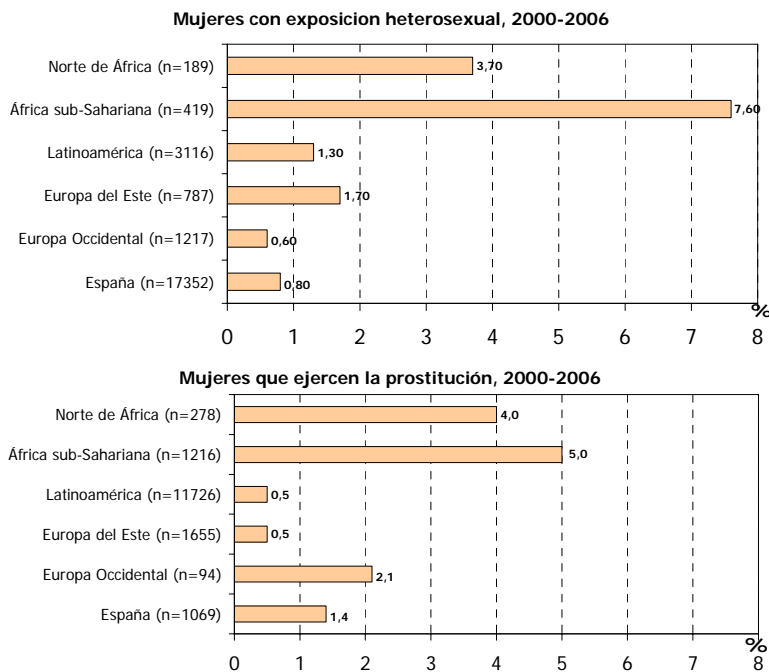
La prevalencia de VIH en mujeres que ejercen la prostitución descendió drásticamente a lo largo de los 90, debido principalmente al declive en la proporción de UDVP. Desde el 2000 la prevalencia permanece sin cambios estadísticamente significativos alrededor del 1% (figura 1.3.2).

Figura 1.3.2. Prevalencia de VIH en mujeres que ejercen la prostitución



En el periodo 2000-2006, las prevalencias de VIH variaron notablemente según la región de origen de las mujeres. La mayor prevalencia se encontró claramente en las procedentes de África, tanto para las mujeres que ejercen la prostitución como para aquellas cuyo único riesgo fue el contacto heterosexual sin protección. (figura 1.3.3).

Figura 1.3.3. Prevalencia (%) de VIH en mujeres diagnosticadas en la primera consulta por país de origen y grupos mayoritarios de exposición

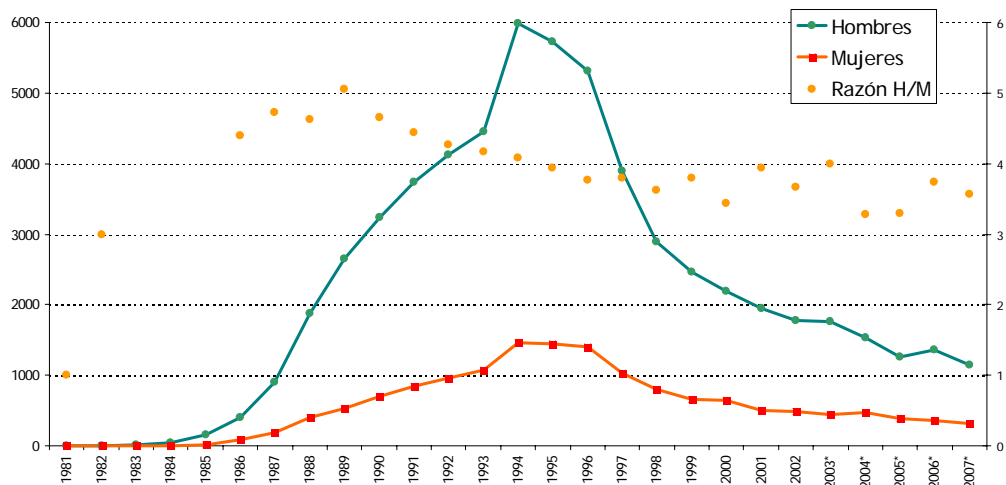


2. Situación del sida

2.1. INCIDENCIA DE SIDA

Desde el inicio de la epidemia, en 1981, se han notificado en España un total de 75.733 casos de sida⁷, siendo los hombres siempre la mayoría. Entre 1996 y 1999 se produjeron descensos drásticos (54%) para ambos sexos, mientras que en los últimos años se detectan descensos menores y una tendencia a la estabilización. La razón hombre/mujer se mantiene por encima de 3 (figura 2.1.1). En el 2006 se diagnosticaron un total de 1.559 casos de sida, de los cuales 365 fueron mujeres. En el 2007, corregidos por retraso en la notificación, el número de mujeres fue de 321 de un total de 1.464 casos.

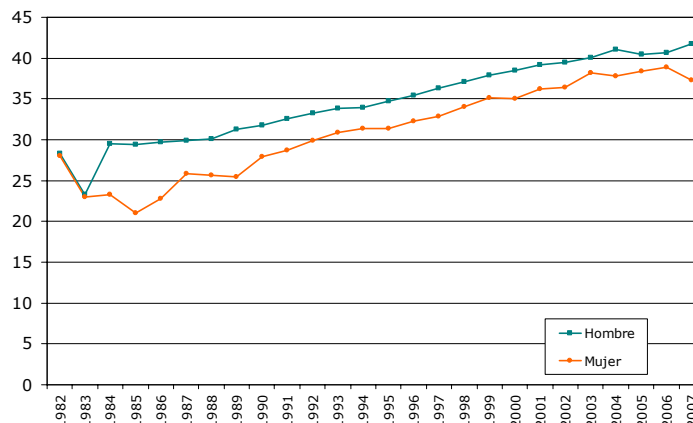
Figura 2.1.1. Evolución de la incidencia de SIDA en España por sexos, 1981-2007



Aunque la tendencia descendente se evidencia en todos los grupos de edad, y tanto para hombres como para mujeres, es interesante ver como las incidencias se aproximan, o incluso se igualan, para ambos sexos en los grupos más jóvenes, lo que sugiere que, en un futuro no muy lejano, el sida afectará entre los heterosexuales en la misma proporción a unos y otras.

La media de edad al diagnóstico ha ido aumentando a lo largo de los años, siendo siempre menor para las mujeres (figura 2.1.2). En 2007 fue de 37,3 años (DE: 10,2) para mujeres y de 41,7 años (DE: 10,2) para hombres.

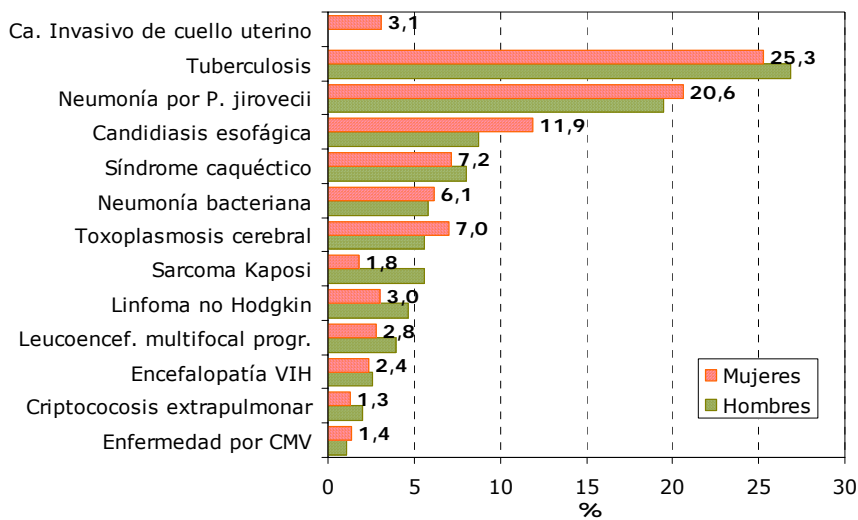
Figura 2.1.2. Evolución de la media de edad al diagnóstico de sida en España por sexos



El importante descenso registrado en los casos de sida atribuidos a compartir material de inyección entre usuarios de drogas situó, ya en el 2001, los casos debidos a transmisión heterosexual en la primera categoría de transmisión entre las mujeres. Entre los hombres con sida no es este el caso, siendo todavía el grupo de UDVP los más numerosos frente a los grupos homo/bisexual y heterosexual.

Entre 2003 y 2007 se registró un patrón de enfermedades indicativas de sida semejante entre hombres y mujeres⁷. La infección más frecuente sigue siendo la tuberculosis, que afecta algo mas a los hombres. La neumonía por *P. jirovecii* y la candidiasis esofágica, afectaron mas a las mujeres en este periodo. El 3,1% de las mujeres con sida sufre cáncer invasivo de cuello uterino (figura 2.7).

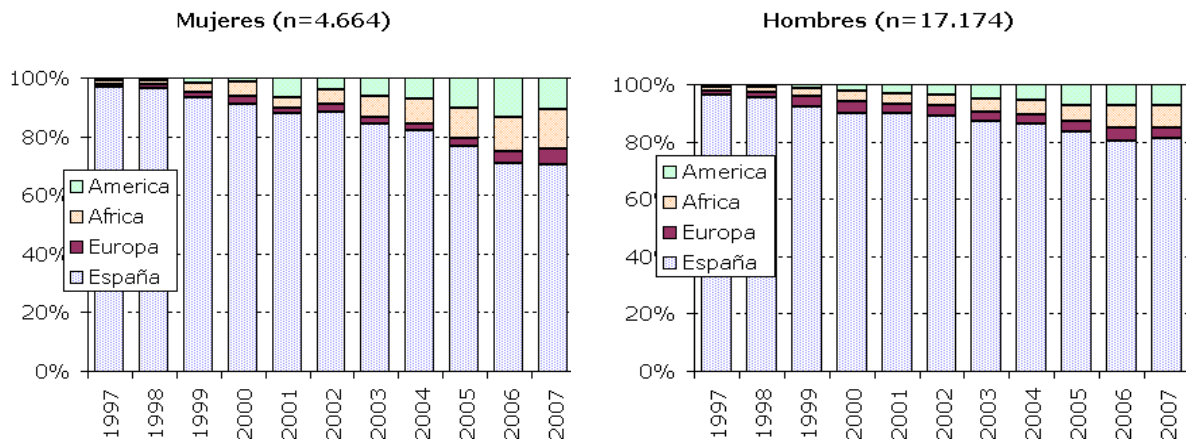
Figura 2.1.4. Enfermedades indicativas según sexo, nuevos casos diagnosticados en jóvenes y adultos del 2003 al 2007.



2.2. REGIÓN DE PROCEDENCIA DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE SIDA

En la última década, se observa que el peso de las mujeres de origen extranjero ha aumentado más que entre los hombres, llegando a superar el 30% de los casos de sida en los últimos años. Estas mujeres son originarias principalmente de América latina y África subsahariana (figura 2.2).

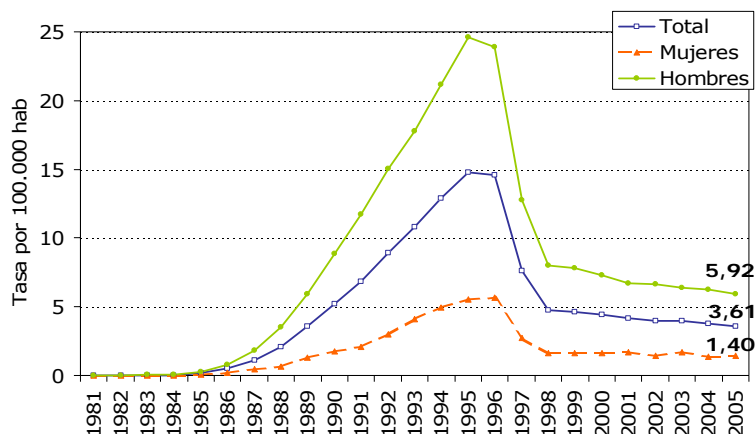
Figura 2.2. Nuevos casos de sida diagnosticados por sexo, según continente de origen



3. Mortalidad por VIH/sida

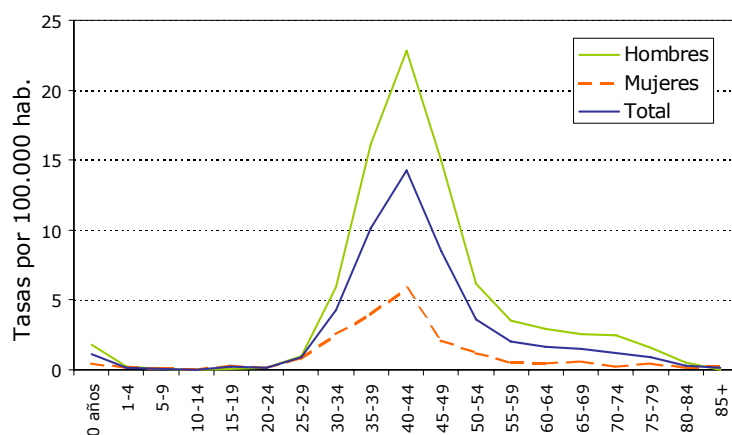
El impacto en la mortalidad del tratamiento con antirretrovirales de alta eficacia ha sido enorme, registrándose descensos substanciales en los fallecimientos hasta 2001 y estabilizándose a partir de entonces (figura 3.1). En 2005 murieron 296 mujeres de un total de 1.601 defunciones por causas relacionadas con la infección por VIH/sida⁹.

Figura 3.1. Tasas de Mortalidad por 100.000 hab. 1981-2004



Ha aumentado la edad de defunción, tanto en hombres como en mujeres (figura 3.2).

Figura 3.2. Tasas de Mortalidad por 100.000 hab. 2005, por grupos de edad y sexo



4. Conclusiones y recomendaciones

Infecciones por VIH

- Aunque con reservas, se puede decir que la tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH se ha igualado con los países de nuestro entorno, situándose en los 83 por millón de habitantes en 2006. Desde el 2003, los nuevos diagnósticos se mantienen estables en ambos sexos y la razón hombre/mujer se mantiene alrededor de 3 (tabla 4.1).
- Las mujeres son más jóvenes y la gran mayoría se infectaron a través de relaciones sexuales no protegidas. Las mujeres provenientes del extranjero han aumentado hasta ser casi la mitad de las nuevas diagnosticadas.
- Aunque entre las mujeres, el porcentaje de retraso diagnóstico y de susceptibilidad de recibir tratamiento al diagnóstico no mejora con el tiempo, sigue siendo menor que entre los hombres.
- La prevalencia de infección VIH en madres de recién nacidos vivos se mantiene estable alrededor del 1,5‰.
- Las mujeres que acuden a realizarse la prueba del VIH en las clínicas especializadas son jóvenes de 29 años de media, el factor de exposición es mayoritariamente el contacto sexual y casi la mitad son inmigrantes. Entre las mujeres con exposición heterosexual la prevalencia de infección desciende en los últimos años y es de 0,9% en 2006. La prevalencia de VIH en mujeres que ejercen la prostitución desde el 2000 permanece estable alrededor del 1%.

| Resumen de datos | | |
|---|---------------------|------------|
| Datos poblacionales, 2006¹ | | |
| Población total española | | 43.730.484 |
| | mujeres | 22.213.178 |
| Grupo de 15 a 24 años | | 5.070.273 |
| | mujeres | 2.475.989 |
| Datos epidemiológicos, 2006 | | |
| Nuevos diagnósticos VIH/millón* ³ | | |
| | total habitantes | 83 |
| | mujeres | 38 |
| | hombres | 129 |
| Nuevos diagnósticos VIH en 15-24 a.* ³⁻⁵ /millón | | |
| | total grupo de edad | 58 |
| | mujeres | 48 |
| | hombres | 68 |
| Nuevos casos de SIDA/millón ⁷ | | |
| | total habitantes | 39 |
| | mujeres | 17 |
| | hombres | 61 |
| Mortalidad por HIV/sida por 100.000h ⁹ | | |
| | Total fallecidos | 3,61 |
| | mujeres | 1,40 |
| | hombres | 5,92 |

* Datos de 7 CCAA y Ceuta

Casos de SIDA

- En los casos de SIDA, el patrón de transmisión más común para las mujeres se invirtió en el 2002, siendo la transmisión heterosexual más común que la predominante hasta ese momento, la debida al uso de drogas inyectadas.
- La tuberculosis, la neumonía por *P. jirovecii* y la candidiasis esofágica, son las enfermedades indicativas de sida que más afectaron a mujeres y hombres. El 3,1% de las mujeres con sida sufren cáncer invasivo de cuello uterino
- En la última década, se observa que el peso de las mujeres de origen extranjero ha aumentado más que entre los hombres, llegando a superar el 30% de los casos de sida en los últimos años.

Recomendaciones

Los datos epidemiológicos sugieren que, al igual que entre los hombres, hay un importante número de mujeres que desconocen que están infectadas, por lo que no acceden al tratamiento adecuado, teniendo posiblemente un papel importante en la transmisión del VIH. La transmisión sexual es la mayoritaria en España y claramente en las mujeres.

Es, por tanto, necesario incrementar la percepción del riesgo de infección por VIH entre las mujeres sexualmente activas y potenciar el diagnóstico en este grupo de población. Para ello es también fundamental la implicación de los profesionales sanitarios en todos los niveles de atención.

Las mujeres originarias de otros países deberían ser el foco de atención de una estrategia específica, ya que son un colectivo muy vulnerable y tienen un peso cada vez mayor, teniendo en cuenta que las intervenciones deben adaptarse a su heterogeneidad cultural y social.

Otras recomendaciones

- Potenciar intervenciones de diagnóstico y tratamiento precoces por parte de los profesionales sanitarios, especialmente en los contactos primarios con el sistema de salud y en particular para las jóvenes.
- Renovar las campañas de información y prevención de la transmisión sexual entre mujeres jóvenes. Adaptar esas campañas para alcanzar a los diferentes grupos de inmigrantes.
- Fortalecer y ampliar los sistemas de vigilancia epidemiológica para adecuar mejor las intervenciones en salud pública.

Bibliografía de referencia

- (1) INE. IneBase. Proyecciones de población. Base Censo 2001. Escenario 2. Población por fecha de referencia, comunidad autónoma, sexo, grupo de edad y año (2002-2017). 2008.
- (2) UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008. UNAIDS/08.25E / JC1510E. 2008.
- (3) Centro Nacional de Epidemiología, Plan Nacional contra el sida. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas autonómicos de notificación de casos. Actualización 30 de junio del 2008.
- (4) Hamers F, Devaux I, Alix J, Nardone A. HIV/AIDS in Europe: trends and EU-wide priorities. Euro Surveill 2006; 11(47):pii=3083.
- (5) Arneborn M, Blaxhult A. Increase in the spread of human immunodeficiency virus in Sweden, 2007. Euro Surveill 2008; 13(13):pii=8081.
- (6) Rice B, Nardone A, Gill N, Delpech V. Continuing high levels of HIV diagnoses in men who have sex with men in the United Kingdom. Eurosurveillance 2008; 13(14):pii=8085.
- (7) Centro Nacional de Epidemiología, Plan Nacional contra el sida. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de casos de sida. Actualización a 31 de julio de 2008.
- (8) UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5. UNAIDS/00.03S. 2000.
- (9) Centro Nacional de Epidemiología, Plan Nacional contra el sida. Mortalidad por VIH/sida en España. Año 2005. evolución 1981-2005. 2007.
- (10) UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. The pre-surveillance assessment: guidelines for planning serosurveillance of HIV, prevalence of sexually transmitted infections and the behavioural components of second generation surveillance. 2005.
- (11) European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional. HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. End-year report 2006. 75. 2008. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
- (12) Centro Nacional de Epidemiología, Plan Nacional contra el sida. Estudio anónimo y no relacionado sobre prevalencia de anticuerpos anti-VIH en recién nacidos, en 6 comunidades autónomas. Años 2003-2006. 2007.
- (13) Health Protection Agency UK. Unlinked Anonymous Pregnant Women Surveys. Supplementary data tables of the Unlinked Anonymous Surveys of Pregnant Women: data to the end of 2006. 2008.
- (14) López-Gay D, Izarra C. Vigilancia de la infección por VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Situación a 31 de Diciembre de 2004. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2005; 11(3):63-70.
- (15) Casabona J, et al. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de l'HIV/ITS a Catalunya (SIVES). Informe anual CEESCAT. 2004. 17. 2006. Generalitat de Catalunya. Departament de salut.
- (16) INE. IneBase. Movimiento natural de la población. Nacimientos 2006. 2008.
- (17) Sperling RS, Sacks HS, Mayer L, Joyner M, Berkowitz RL. Umbilical cord blood serosurvey for human immunodeficiency virus in parturient women in a voluntary hospital in New York City. Obstet Gynecol 1989; 73(2):179-181.
- (18) Pulver W, Glebatis D, Wade N, Birkhead G, Smith P. Trends From an HIV Seroprevalence Study Among Childbearing Women in New York State From 1988 Through 2000. A Valuable Epidemiologic Tool. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158:443-448.
- (19) Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del sida en España, Registro Nacional de Casos de sida. Actualización a 30 de Junio de 2006. Informe Semestral nº 1, Año 2006.
- (20) INE. INEbase. Demografía y población. Movimiento natural de la población. Resultados provisionales 2005. 20-11-2006.
- (21) Grupo EPI-VIH, Centro Nacional de Epidemiología, Plan Nacional contra el sida. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico del VIH, 2000-2006. 2008.