



ECDC **CORPORATE**

Resumen de las principales publicaciones 2008

PUBLICACIONES **CORPORATIVAS** DEL ECDC

Resumen de las principales publicaciones 2008



Estocolmo, junio de 2009

© Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, 2009

Autorizada la reproducción, siempre que se mencione la fuente.

Traducido del original "Summary of key publications 2008". Aunque se ha procurado por todos los medios garantizar la precisión de esta traducción, en caso de discrepancias la versión autorizada es la inglesa.

Índice

Introducción.....	1
Informe técnico.....	2
1. <i>Revisión de las actividades de control de la infección por clamidia en los países de la UE</i>	2
Directrices del ECDC.....	4
2. <i>Directrices para la introducción de las vacunas contra el VPH en los países de la UE</i>	4
3. <i>Grupos de riesgo con prioridad para la vacunación contra la gripe</i>	6
Informes de vigilancia.....	9
4. Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades contagiosas en Europa 2008 – Informe sobre la situación de las enfermedades contagiosas en los países de la UE, del EEE y de la AELC.....	9
5. Vigilancia de la infección por el VIH y el sida en Europa.....	12
Informes especiales.....	14
6. <i>Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union</i> (Plan de acción marco para combatir la tuberculosis en la Unión Europea).....	14
7. <i>Surveillance of communicable diseases in the European Union, a long-term strategy</i> (Vigilancia de las enfermedades contagiosas en la Unión Europea, una estrategia a largo plazo: 2008–2013).....	15
Informes de reuniones.....	18
8. <i>Infectious diseases and social determinants</i> (Enfermedades infecciosas y determinantes sociales).....	18
9. Seminario sobre cambio ambiental y enfermedades infecciosas.....	19
Anexo: Publicaciones del ECDC en 2008.....	21

Introducción

En 2008, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) publicó un total de 21 documentos científicos. Destacan entre ellos el *Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union* (Plan de acción marco para combatir la tuberculosis en la Unión Europea), las directrices sobre las opciones de políticas de introducción de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), y los dos informes de vigilancia: *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008* (Informe epidemiológico anual sobre enfermedades infecciosas en Europa 2008) y *HIV/AIDS surveillance in Europe – 2007* (Vigilancia de la infección por el VIH y el sida en Europa – 2007). Por primera vez, este último documento fue elaborado en colaboración con la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, y aborda la situación en los países de la UE y el EEE y en los otros 23 países de esa zona.

Se han compilado resúmenes de documentos seleccionados del ECDC, como los citados anteriormente, y se han puesto a disposición de los responsables de la formulación de políticas en todas las lenguas de la UE. Estos resúmenes reflejan el espíritu de las publicaciones originales, pero en el proceso de resumen pueden haberse perdido matices importantes. Los lectores que deseen tener una visión más detallada, deberá consultar el texto completo de los documentos, que se encuentran en: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

El anexo contiene la lista completa de las publicaciones del ECDC de 2008. A todas ellas se puede acceder a través del vínculo en el párrafo anterior, donde se ofrece, además, una breve descripción de los respectivos contenidos. Algunos informes también están disponibles en versión impresa. Para recibir una copia impresa, diríjase a publications@ecdc.europa.eu

Informe técnico

1. Revisión de las actividades de control de la infección por clamidia en los países de la UE

(publicado en mayo de 2008).

En este informe se muestran el propósito y los resultados del proyecto *Screening for Chlamydia Review in Europe* (Revisión del cribado de las infecciones por clamidia en Europa, SCREEn), posiblemente el mayor estudio realizado sobre actividades de control de clamidia hasta la fecha en la UE. El proyecto se llevó a cabo entre noviembre de 2006 y agosto de 2007 y en él se recogieron datos de los Estados miembros de la UE, de los países candidatos, de los Estados miembros de la AELC y de los Estados Unidos.

A través de una encuesta-cuestionario enviada por correo a todos los Estados miembros y países candidatos, complementada con exhaustivas visitas nacionales a funcionarios de salud y profesionales sanitarios de determinados Estados miembros, el proyecto SCREEn recogió información detallada sobre el diagnóstico de la infección por clamidia, su cribado, el manejo de casos, estudios de prevalencia de la infección y otros temas relacionados de salud pública. Este proyecto proporciona un punto de vista interesante sobre las estrategias que utilizan los sistemas nacionales de salud pública para abordar las infecciones por clamidia.

El objetivo del proyecto fue revisar los programas y actividades de control de la infección por clamidia en los Estados miembros, y ofrecer recomendaciones para mejorar la prevención y control de esta infección en la región. Los objetivos específicos fueron:

- recoger información sistemática sobre las actividades de salud pública relacionadas con el control de *C. trachomatis* en los Estados miembros de la UE y los países candidatos, en los países europeos vecinos a la UE y en los Estados Unidos;
- recopilar información de esos mismos países sobre indicadores demográficos y económicos, sistemas sanitarios, prevalencia de la infección por clamidia y encuestas sobre conducta sexual;
- crear una base de datos electrónica donde se depositen los datos recogidos;
- recoger información exhaustiva sobre las actividades de control de la infección por clamidia en determinados Estados miembros; y
- hacer recomendaciones al ECDC sobre medidas de salud pública y sobre futuras investigaciones.

De un total de 34 países seleccionados, se recibieron respuestas de 29 y de los Estados Unidos (la tasa de respuesta global fue del 88%). No dieron respuesta Chipre, Eslovaquia, Polonia y Croacia. Estas son algunas de las conclusiones más importantes de la encuesta:

- Diecisiete de los 29 países europeos participantes disponían al menos de una guía de práctica clínica publicada, recomendada por un organismo nacional, en las que se abordaban algunos aspectos del manejo de casos de las personas infectadas por clamidia. Tres Estados miembros (Bulgaria, Grecia y Finlandia) tenían previsto publicarla o redactarla.
- Se hacen pruebas de detección de clamidia en las consultas de ginecología de todos los países participantes; en 23 países formaban parte de la atención primaria. En cinco países, las pruebas se podían obtener sin receta en farmacias y en otros establecimientos.
- Cuando se informó de la situación de la pareja, en la mayor parte de los casos fue por iniciativa de los propios profesionales sanitarios, o porque se remitió a la pareja al especialista.
- Todos los países (salvo uno) disponían en alguna medida de pruebas de amplificación de ácidos nucleicos. En nueve países, el porcentaje de muestras evaluadas con estas pruebas fue inferior al 50%.
- La mayor parte de los países disponían de un sistema de notificación a las autoridades sanitarias públicas de las infecciones por clamidia diagnosticadas, pero aproximadamente la tercera parte no publicaban estos datos con regularidad.
- Trece países disponían de datos habituales sobre complicaciones clínicas posiblemente causadas por clamidia.
- Se habían realizado encuestas sobre conducta sexual y prevalencia de la clamidia en ocho países, y encuestas únicamente sobre este último punto en siete países.

Para clasificar los países, el proyecto SCREEn preparó una tipología de actividades de control de clamidia, basada en los principios del control de las infecciones de transmisión sexual. Se distinguieron los siguientes grupos: sin actividades organizadas (13 países: Bulgaria, Eslovenia, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Portugal, Rumania, Suiza y Turquía); manejo de casos (cinco países: Austria, República

Checa, Alemania, Italia, y Lituania); detección de casos (tres países: Bélgica, Francia y Hungría); pruebas oportunistas (seis países: Dinamarca, Estonia, Islandia, Letonia, Noruega y Suecia); cribado organizado (dos países: Países Bajos y Reino Unido (sólo Inglaterra)).

Los resultados mostraron que había dos países con un programa de cribado de clamidia, uno en curso (Inglaterra, Reino Unido, oportunista) y el otro piloto (Países Bajos, proactivo). Otros nueve países tenían previsto introducir un programa de este tipo con una organización oportunista, proactiva o pendiente de decidir. Cinco de ellos pertenecían al grupo de los que carecían de guías de manejo de casos de infección por clamidia. Además, en Estonia y Letonia se hace cribado de la infección por clamidia a las mujeres embarazadas, y en dos regiones de Dinamarca todos los años se enviaban invitaciones por correo a personas de edades comprendidas entre 18 y 19 ó 21 y 22 años para que se hicieran la prueba.

Esta tipología desarrollada por el proyecto SCREen podría utilizarse en el futuro para controlar la intensidad de las actividades de control de la infección por clamidia a nivel nacional y para ayudar en la toma de decisiones sobre las actividades que sea necesario reforzar o introducir.

Directrices del ECDC

2. Directrices para la introducción de las vacunas contra el VPH en los países de la UE

(Publicado en enero de 2008).

Este documento recoge las bases científicas sobre la introducción de las vacunas contra el papiloma humano (VPH) para ayudar a los Estados miembros de la UE a elegir la política adecuada. Subraya los temas que se deben tener en cuenta y ofrece una lista de opciones políticas para cada uno de ellos.

Las directrices han sido elaboradas por un grupo científico de expertos, organizado y coordinado por el ECDC, y revisado por el Foro Asesor del ECDC.

El cáncer de cuello uterino y las infecciones por el virus del papiloma humano en la Unión Europea

El cáncer de cuello uterino es, tras el cáncer de mama, el segundo por orden de frecuencia entre las mujeres de entre 15 y 44 años de edad en la Unión Europea (UE). En la UE se detectan cada año 33 000 casos y se producen 15 000 fallecimientos. La principal causa del cáncer de cuello uterino es una infección persistente del tracto genital provocada por un tipo de virus del papiloma humano (VPH) o «papilomavirus» de alto riesgo.

Las infecciones genitales por el VPH son muy habituales y se contraen al poco de iniciarse la actividad sexual. La mayoría de estas infecciones desaparecen espontáneamente, pero las infecciones persistentes provocadas por un VPH de alto riesgo pueden provocar alteraciones celulares en el cuello del útero susceptibles de producir cáncer de cuello uterino. Los VPH de alto riesgo están igualmente asociados a otros cánceres anogenitales y a cáncer de cabeza y cuello, tanto en hombres como en mujeres. Algunos tipos de VPH de bajo riesgo provocan verrugas genitales en ambos sexos.

La vacuna contra el virus del papiloma humano

En Europa se han aprobado dos vacunas preventivas contra el VPH: la vacuna tetravalente, Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) y la bivalente, Cervarix® (GlaxoSmithKline Biologicals). Ambas se fabrican con partículas viroides y no son infecciosas. Las dos presentan un perfil de seguridad satisfactorio. Ambas vacunas protegen frente a los tipos 16 y 18 del VPH de alto riesgo, responsables de aproximadamente el 73% de los casos de cáncer de cuello uterino registrados en Europa. Gardasil protege además contra los VPH 6 y 11, causantes de la mayoría de los casos de verrugas genitales. Sobre la base de amplios estudios en fase III se ha comprobado que las dos vacunas previenen más del 90% de las lesiones precancerosas relacionadas con los tipos 16 y 18 entre las mujeres sin infección previa por VPH. Las vacunas se administran en tres dosis durante un periodo de seis meses.

Las vacunas contra el VPH y el cribado del cáncer de cuello uterino

Se ha constatado que la incidencia del cáncer de cuello uterino disminuye en más de un 80% tras la aplicación de programas de cribado bien organizados, con una amplia cobertura y que incluyen un seguimiento y un tratamiento eficaz de las mujeres que presentan anomalías citológicas. Los programas de cribado organizados son más eficaces que las detecciones aleatorias para llegar a las mujeres expuestas a un mayor riesgo, para crear mecanismos de control de la calidad y para dar seguimiento a las medidas estándar de actividad e impacto de la enfermedad.

La vacuna contra el VPH ofrece una nueva herramienta complementaria que mejora el control del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, no suprime la necesidad de efectuar cribados, ni siquiera en las mujeres vacunadas contra los tipos 16 y 18 del VPH, que seguirán expuestas a otros tipos de virus de alto riesgo. Las autoridades nacionales deben perseverar en su afán de organizar y mejorar la cobertura y la calidad de los programas de cribado, independientemente de la introducción de la vacuna. Organizar programas de cribado allá donde no existan se antoja una prioridad.

Las vacunas contra el VPH influirán en la eficacia de los programas de cribado que se practican en la actualidad, y que deberán seguir siendo objeto de una atenta vigilancia. La vacunación generalizada reducirá hasta cierto punto las anomalías citológicas imputables al VPH. Pero también podrían, las mujeres vacunadas, ceder a una errónea sensación de seguridad y, en consecuencia, someterse con menor frecuencia a los cribados. Es preciso informar a las mujeres y motivarlas para que participen en los programas, aun cuando ya estén vacunadas. Uno de los retos

principales será lograr la sinergia entre la vacunación y el cribado de manera rentable y con el máximo beneficio para las mujeres.

¿Quién debe vacunarse? Cómo determinar las poblaciones destinatarias de la vacuna contra el VPH

Para obtener un rendimiento óptimo de las nuevas vacunas contra la enfermedad asociada al VPH, el principal grupo diana de la vacunación sistemática es el de las niñas que se hallan próximas a la edad en que la actividad sexual (y, por consecuencia, las infecciones por el VPH) empieza a ser habitual. Fijar la edad de vacunación por debajo de este umbral no evitaría un gran número de infecciones, y conviene evitarlo mientras se carezca de pruebas que avalen la protección prolongada que confiere la vacuna (más de 15-20 años). Iniciar una campaña de vacunación centrándose en las niñas ligeramente mayores y en la vacunación adaptada de recuperación para mujeres jóvenes aceleraría los efectos del programa de vacunación y potenciaría las ventajas a corto plazo de la vacunación.

Atender a los factores específicos de cada país será importante a la hora de determinar la edad exacta en que haya de introducirse la vacunación de rutina y la edad a la que deban dirigirse las campañas de recuperación de no vacunadas. Estos factores son: la edad en la que por término general empiezan a mantenerse relaciones sexuales, la prevalencia específica por edad de infecciones por VPH (caso de que se conozca), las estrategias de vacunación y la aceptación de la vacuna por los miembros del grupo destinatario (y sus tutores legales).

Parece poco probable que una vacunación selectiva limitada a los grupos de "alto riesgo" resulte práctica o más eficaz que la vacunación de las jóvenes en conjunto. No obstante, debe examinarse con más detalle el posible papel de una vacunación selectiva/aleatoria de determinados individuos de alto riesgo, complementaria con la vacunación de rutina.

Opciones estratégicas para la administración de la vacuna frente al VPH en los Estados miembros

Las campañas de vacunación en el marco escolar podrían ser la opción más rentable a la hora de administrar vacunas contra el VPH a niñas en edad preadolescente. No obstante, ciertos factores determinados por el entorno, como la existencia o no de servicios sanitarios escolares, los acuerdos que permitan financiar la adquisición y la administración de las vacunas y la obtención del consentimiento paterno, pueden condicionar la viabilidad de esta estrategia.

Otra opción adicional o alternativa y de alcance universal es la vacunación contra el VPH en clínicas o centros de salud, si bien podría ser más onerosa que la vacunación en el marco escolar y más difícil valorar la cobertura.

Los centros de salud sexual o reproductiva y otros centros médicos expresamente destinados a mujeres pueden jugar un papel destacado en la vacunación. No obstante, las jóvenes no suelen frecuentarlos antes de iniciar su etapa sexual y en consecuencia es probable que revistan especial utilidad para las campañas de recuperación destinadas a adolescentes mayores y a mujeres. Las campañas de vacunación contra el VPH podrían desarrollarse en otros marcos en el caso de niñas pertenecientes a colectivos de "difícil acceso" o en el caso de niñas que visiten los servicios médicos por otras razones y a las que se vacune aprovechando esta oportunidad. Servirse de dichos marcos podría contribuir a mejorar la cobertura de vacunación general entre las jóvenes que integran este colectivo.

Las estrategias de vacunación contra el VPH se aplicarán teniendo en cuenta los vigentes programas de vacunación de adolescentes u otras actividades de promoción de la salud. Cada vez que se efectúe la vacunación, será esencial transmitir la idea de que es un complemento pero que no una sustitución del cribado del cáncer de cuello uterino.

Modelización de los costes y resultados de la vacunación contra el VPH

No basta evaluar la eficacia de la vacunación contra el VPH, también es preciso analizarla desde el punto de vista económico. La evaluación económica persigue determinar si el coste en que incurre la sociedad para ganar un año de vida ajustado en función de su calidad (año de vida ajustado por la calidad o AVAC) gracias a la vacunación contra el VPH es similar al de otras intervenciones habitualmente aceptadas en el sector de la atención sanitaria.

Las evaluaciones económicas no son absolutamente extrapolables debido a las variaciones de los costes y los sistemas sanitarios entre los diferentes países. Por tanto, cada país debe asumir la realización de dicha evaluación (teniendo además en cuenta el tipo de cribado que se utilice) antes de decidir la estrategia óptima para prevenir el cáncer de cuello uterino.

Las evaluaciones económicas efectuadas hasta la fecha parecen indicar que la vacunación contra el VPH de las niñas preadolescentes (con o sin campañas de recuperación adaptada para los grupos de mayor edad) presenta un perfil de rentabilidad aceptable. La utilización de modelos de simulación dinámica, en los que se tiene

igualmente en cuenta el efecto de la vacunación sobre las tasas de transmisión, revela resultados aún más favorables.

Supervisión y evaluación del impacto de la vacunación contra el VPH

Una evaluación tras la autorización de las vacunas contra el VPH, es necesaria para determinar la adhesión a la vacuna y a los criterios de vacunación, su eficacia y efectividad a largo plazo, la integración de la vacunación en otras estrategias, como el cribado organizado del cáncer de cuello uterino, y su seguridad. La coordinación entre los programas de vacunación y de control del cáncer será crucial para evaluar la repercusión y los beneficios de la vacunación, por comparación con los de otras intervenciones preventivas existentes, como el cribado.

Los métodos para evaluar la repercusión de las vacunas en los resultados clínicos más relevantes de la enfermedad podrían incluir la supervisión - mediante laboratorios ya existentes o de nueva creación o mediante registros citológicos o de cánceres - de infecciones de VPH, lesiones precancerosas o cánceres asociados a una vacuna.

Se han propuesto igualmente ensayos de fase IV para la evaluación del impacto de las vacunas contra el VPH sobre la salud pública. Dichos estudios podrían aportar información complementaria sobre la incidencia de células anormales y precancerosas, así como sobre la incidencia del cáncer y la mortalidad. Podrían ser útiles además para valorar la posible integración del cribado del cáncer cervicouterino y los programas de vacunación. La eficacia de las vacunas en condiciones de campo puede evaluarse mediante supervisión basada en el registro sistemático de la vacunación contra el VPH y mediante estudios relacionales avalados por los registros sanitarios pertinentes.

La documentación mínima necesaria para el seguimiento de la vacunación contra el VPH deberá incluir información sobre cobertura de la vacuna, vigilancia de episodios adversos producidos tras la vacunación y, como mínimo, una red de vigilancia de incidencia de lesiones precancerosas.

3. Grupos de riesgo prioritarios para la vacunación contra la gripe

(Publicado en agosto de 2008).

A instancias de la Comisión Europea, el ECDC ha emprendido una evaluación científica de los grupos que en el ámbito de la salud pública se consideran de riesgo en el caso de la gripe¹ así como de otros grupos cubiertos por un programa de inmunización contra la gripe estacional en Europa. Los objetivos específicos de este estudio eran:

- describir los grupos de riesgo cuya vacunación se recomiende en los países de la UE y del EEE, y aportar información sobre otros grupos a los que se les proponga la vacunación.
- sintetizar las pruebas científicas que avalan la elección de los grupos de riesgo para los que se propone la vacunación.
- sugerir una jerarquización de los grupos de riesgo en la UE, basada en criterios transparentes.
- efectuar un cálculo aproximado del número de personas que integran los grupos de riesgo considerados prioritarios en los países de la UE.
- identificar las áreas en las que es preciso seguir trabajando, como la investigación y el desarrollo.

Las descripciones de los grupos de riesgo en el caso de la gripe y de los demás grupos para los que en la actualidad se ofrece una campaña de vacunación proceden de un estudio efectuado en 2008 por el proyecto VENICE en colaboración con el ECDC. De acuerdo con los criterios establecidos por el ECDC/VENICE, los grupos de riesgo deben ser grupos bien definidos cuya mayor propensión a padecer una infección grave esté claramente demostrada. Asimismo, deben constar pruebas publicadas de que la vacunación ha reducido el riesgo de contraer la infección. Por lo que se refiere al primer criterio, los trabajos se han visto complicados por el hecho de que en la actualidad no se efectúan inspecciones sistemáticas de la morbimortalidad asociada a la variante grave de la gripe en Europa. Se tuvieron en cuenta criterios de higiene en el trabajo (sobre todo, la vacunación de los profesionales sanitarios) sin beneficio demostrado para los pacientes, pero se les concedió menor importancia, a excepción de un grupo de trabajadores —los cuidadores de ancianos en residencias—, ya que en este caso hay pruebas concluyentes de que dicha práctica protege a los pacientes. Por último, se tomó nota del grado de consenso entre los países de la UE.

¹ Los grupos de riesgo para la gripe se definen en este documento como los grupos de personas que son más propensas a padecer una forma grave de la enfermedad si se infectan y que además se beneficiarán de la vacunación al reducirse el riesgo de infección.

El análisis de la bibliografía indica que en dos grupos de riesgo está justificada la campaña de vacunación anual sistemática contra la gripe estacional en Europa por motivos científicos y de salud pública. Se trata de los siguientes:

Grupos de personas ancianas, normalmente de 65 años o más.

Personas con enfermedades crónicas, en especial las encuadradas en las categorías siguientes:

- Enfermedades respiratorias crónicas.
- Enfermedades cardiovasculares crónicas.
 - Trastornos metabólicos crónicos.
 - Enfermedades hepáticas y renales crónicas.
 - Personas con inmunodeficiencias (congénitas o adquiridas).
 - Personas jóvenes que reciben tratamiento prolongado con salicilatos.
 - Personas con trastornos que afectan a la función respiratoria.

Éstos son además los únicos grupos de riesgo sobre los que existe consenso en todos los países de la Unión Europea. La definición exacta de edad mínima en el grupo de edad avanzada es hasta cierto punto arbitraria (más de 64 años, más de 59 años, etc.) y algunos países se apartan ya del criterio de "más de 64 años", dependiendo de las circunstancias y los análisis nacionales.

Varios argumentos de peso abogan por extender la vacunación a otros dos grupos de riesgo: las mujeres embarazadas y los niños (la definición de estos últimos varía entre "menores de dos años" y "menores de cinco años"). No obstante, en Europa se dispone de escasa información sobre ambos grupos, tanto en lo que se refiere al riesgo como a la eficacia, no se ha alcanzado aún un consenso europeo, y los datos son insuficientes para considerarlos como grupos de riesgo dentro de la UE. Conforme vayan ampliándose las informaciones y los datos, dichos grupos habrán de ser reevaluados. Es especialmente importante recabar los datos sobre las consecuencias de la vacunación en estos grupos de manera que pueda alcanzarse un consenso al cabo de ulteriores evaluaciones.

Existen también grupos a los que suele ofrecérseles vacunación, pese a no constituir en sentido estricto grupos de riesgo ni verse afectados por problemas de salud pública. Por ejemplo, en la UE existe un consenso generalizado respecto al hecho de que todos los profesionales sanitarios que están en contacto con pacientes deben vacunarse por razones de salud laboral (protección de los trabajadores). Los estudios demuestran claramente que inmunizar a los profesionales encargados de atender a las personas mayores en centros de salud beneficia indirectamente a los pacientes, protegiéndolos de las consecuencias graves de la infección gripal. Sin embargo, debe destacarse que la mayoría de los profesionales sanitarios europeos rechaza la propuesta de vacunación. No hay pruebas claras de que vacunar a quienes cohabitan con personas pertenecientes a los dos principales grupos de riesgo entrañe beneficio alguno.

Existen estimaciones del número y el porcentaje de personas que pertenecen a los dos principales grupos de riesgo en los países de la UE. El método aplicado en este estudio daba a entender que actualmente sería necesario vacunar cada año al 25% de la población de los países de la UE, por pertenecer a uno o ambos grupos de riesgo. Otras estimaciones nacionales han dejado traslucir porcentajes similares. Los porcentajes varían a nivel nacional entre el 19% y el 28%, dependiendo del porcentaje de personas mayores en cada país. El total de la UE se estima en unos 125 millones de personas, de las cuales dos tercios (alrededor de 84 millones) tienen 65 años o más y un tercio (alrededor de 41 millones) son personas más jóvenes que padecen alguna enfermedad crónica. Inevitablemente, estas cifras aumentarán con el tiempo debido al envejecimiento de la población y al progreso alcanzado por la medicina moderna, que permite prolongar la vida productiva de las personas aquejadas de enfermedades crónicas.

El estudio recomienda una serie de prioridades para la investigación y el desarrollo en Europa:

- creación de un sistema de vigilancia sistemática para detectar las manifestaciones graves de la gripe en Europa (hospitalizaciones y fallecimientos).
- inspecciones sistemáticas de la eficacia de la vacunación antigripal, especialmente para reducir el riesgo de enfermedades graves y de fallecimientos provocados por la gripe.
- estimación del peso que supone la enfermedad provocada por la gripe entre las mujeres embarazadas y los niños, y evaluación de las consecuencias de la vacunación de las mujeres gestantes y los niños de todas las edades en Europa.
- nuevas investigaciones con el fin de demostrar si la vacunación de los profesionales sanitarios y los miembros de la familia reduce o no el riesgo entre las personas vulnerables adscritas a los dos grupos de riesgo principales.
- desarrollo de proyectos orientados a promover la vacunación antigripal entre los profesionales sanitarios, tanto por su propio bien como por el de sus pacientes.

- investigaciones específicas para determinar si el grado de riesgo de contraer una variante grave de la infección gripal es mayor o no entre las personas infectadas por el VIH en Europa y estudios similares sobre otros trastornos más habituales como el asma leve.
- estudios sobre las repercusiones sanitarias y económicas de la inmunización contra la gripe, p. ej., entre personas que están por debajo de la edad mínima fijada para la vacunación, teniendo en cuenta que varios países aún deben fijar su propio límite de edad.
- estudio sobre el impacto global de la vacunación a fin de determinar todo beneficio indirecto derivado de la reducción del grado de transmisión general.

Informes de vigilancia

4. Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades infecciosas en Europa 2008 – Informe sobre la situación de las enfermedades infecciosas en los países de la UE, del EEE y de la AELC

(Publicado en diciembre de 2008).

Todos los años, el ECDC publica su Informe Epidemiológico Europeo Anual (AER). El segundo informe, publicado en 2008, incluye un resumen de la vigilancia de las enfermedades infecciosas desde 2006 en formato tabular con algunas observaciones, y ofrece una descripción de las amenazas agudas que las enfermedades infecciosas representaron para la salud humana en 2007. Además hace una descripción exhaustiva de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS), incluida la resistencia antimicrobiana (RAM).

Las principales amenazas relacionadas con las enfermedades infecciosas en la UE no han cambiado desde el informe precedente, y son las siguientes:

- Resistencia a los medicamentos antimicrobianos;
- Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria;
- Infección por VIH;
- Infecciones por neumococos;
- Gripe (posible pandemia y epidemias estacionales anuales);
- Tuberculosis.

TEMA PRINCIPAL DE ESTA EDICION

Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS)

En Europa, la vigilancia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) se lleva a cabo a través de la red IMPSE (*Improving patient safety in Europe*) (2005 – junio 2008), que incluye la vigilancia de los focos de infección quirúrgica (Unión de hospitales europeos para el control de las infecciones mediante su vigilancia, HELICS-SSI) y la vigilancia de las unidades de cuidados intensivos (HELICS-ICU).

La incidencia de infecciones en focos quirúrgicos en 2006 fue la misma que en 2004-05, excepto en los trasplantes de cadera, en los que se observó una significativa tendencia a la baja; del 2,2% en 2004 al 1,6% en 2005 y al 1,3% en 2006 ($p = 0,039$).

El 6,8% de los 51.621 pacientes que permanecieron más de dos días en una unidad de cuidados intensivos desarrollaron una neumonía. La incidencia varió del 1,5% en pacientes sin ventilación al 22,2% de los que recibieron ventilación durante una semana o más. El microorganismo aislado con más frecuencia en las neumonías adquiridas en la UCI fue *Pseudomonas aeruginosa*, y en las infecciones del torrente sanguíneo adquiridas en la UCI, los estafilococos coagulasa-negativos.

La vigilancia de las IAAS se amplió en 2006, y el proceso de ampliación continuará tras la transferencia al ECDC de los componentes de vigilancia de la red IPSE en 2008.

En términos generales, las tasas de IAAS permanecieron estables en Europa en 2008. No obstante, persisten importantes diferencias entre los países en cuanto a la vigilancia, y se ha de hacer hincapié en la armonización de los métodos.

Resistencia a los antimicrobianos (RAM)

Los datos sobre resistencia a los antimicrobianos proceden del Sistema Europeo de Vigilancia de las Resistencias a los Antimicrobianos (EARSS), una red dedicada exclusivamente a la vigilancia de la RAM en Europa.

Streptococcus pneumoniae

En 2006, el nivel de *S. pneumoniae* no sensible (SPNS) fue inferior al 5% en la mayor parte de los países del norte de Europa, y del 7% a >25% en los del sur y el Mediterráneo.

Staphylococcus aureus

El *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA) siguió extendiéndose en los países con alta media o baja endemicidad en Europa en 2006. Quince de 31 países (principalmente del sur de Europa, el Reino Unido e Irlanda) informaron de que la proporción de todas las cepas de *Staphylococcus aureus* que eran resistentes a la meticilina fue del 25% o superior, y que las proporciones se estabilizaron en algunos de los países con epidemia importante. En los países del norte de Europa, la proporción de MRSA permaneció por debajo del 4%.

Escherichia coli

Resultó especialmente alarmante el aumento de la resistencia a las fluoroquinolonas en Europa.

Pseudomonas aeruginosa

En 2006, casi la quinta parte de las cepas de *P. aeruginosa* eran resistentes a tres o más antibióticos, sobre todo en los países del sur de Europa.

RESUMEN DE LA VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2006

VIH, infecciones de transmisión sexual, hepatitis B y C, y VPH

En 2006, la infección por el VIH tuvo gran importancia sanitaria en Europa: se diagnosticaron más de 25.000 casos nuevos en 29 países (excluyendo a Italia, España y Liechtenstein), lo que da una incidencia global de 6 por 100.000. La epidemiología de esta infección muestra gran diversidad en los diferentes países. En algunos aumentó: principalmente en Estonia, Letonia, Luxemburgo, Portugal y Reino Unido. Por el contrario, el número de nuevos casos de SIDA en los países de la UE, del EEE y de la AELC fue de 7.035, con una tasa de 1,4 por 100.000, que corresponde a una reducción de más de un tercio desde 1999.

El contacto heterosexual fue la vía de transmisión predominante (53%) de las infecciones por el VIH, aunque aproximadamente el 40% de estos casos se diagnosticaron en personas originarias de países en los que la epidemia estaba generalizada. Si se excluyen estos casos, el modo de transmisión predominante la vía sexual entre varones (37%).

Una cifra elevada de personas positivas al VIH de la UE siguen sin saber que están infectados, lo que subraya la necesidad de realizar esfuerzos para extender la realización de la prueba del VIH.

Infecciones de transmisión sexual

En 2006, las infecciones por *Chlamydia trachomatis* siguieron siendo la ETS notificada con más frecuencia (y la enfermedad de declaración obligatoria más frecuente en Europa) y dio lugar a casi un cuarto de millón de casos en los 22 Estados miembros de la UE, del EEE y de la AELC que vigilan esta enfermedad. La tasa fue de 92 por 100.000.

En 2006 se notificó en Suecia una nueva variante de *Chlamydia trachomatis*, que había escapado a la detección de las pruebas comerciales habituales disponibles. Se realizó, pues, un estudio para detectar esta nueva variante en otros Estados miembros, pero parece seguir confinada en Suecia.

En 2006 se autorizó la primera vacuna contra la infección por el virus del papiloma humano.

Gripe

En 2006 se observaron los primeros casos de gripe aviar altamente patógena (A(H5N1)) en aves salvajes y de corral en la Unión Europea. No obstante, no hubo casos de infección de seres humanos en la UE; sólo se notificó un caso de infección por un cepa aviar H7 poco patógena, en un trabajador de una explotación aviar del Reino Unido. Con todo, se reforzó la legislación sobre salud animal para garantizar la uniformidad de la respuesta a la creciente amenaza que supone el virus A(H5N1) en los Estados miembros de la UE. Como sigue siendo principalmente un virus de las aves, la primera línea de defensa para los seres humanos sigue siendo la identificación rápida y la erradicación de la infección en las aves, especialmente en las de corral.

Tuberculosis

La incidencia de la tuberculosis (TB) siguió disminuyendo en las poblaciones nativas de casi todos los Estados miembros, donde en la mayor parte de los casos se producen entre los ancianos, en los que se presenta como reactivación de una infección primaria padecida muchos decenios antes. No obstante, la situación está cambiando en virtud de los recientes cambios demográficos, políticos y socioeconómicos producidos, tales como el aumento de la inmigración. El resultado es que está aumentando la frecuencia de la TB en los inmigrantes, las personas sin hogar, las personas desfavorecidas que viven en los centros de las ciudades, los presos, los pacientes infectados por el VIH y los consumidores de droga en la UE.

Además hay zonas con incidencia elevada de tuberculosis resistente a fármacos, debido sobre a todo a tratamientos incompletos o mal diseñados.

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde la introducción de la vacunación infantil universal contra el *Haemophilus influenzae* de tipo B (Hib) en la mayor parte de los países de la UE, la incidencia de la enfermedad por Hib ha disminuido y sigue siendo baja en el conjunto de la población (en 2006, por debajo del 1 por 100.000).

Varios países europeos han añadido la vacuna conjugada anti-neumocócica 7 (PCV7) a sus programas de vacunación, al menos para los grupos de alto riesgo. Ha surgido así una cierta preocupación por la posibilidad de que los serotipos comunes sean sustituidos gradualmente por otros no cubiertos por la PCV7, como ya se ha observado en los Estados Unidos. De ahí la importancia de que los sistemas de vigilancia cubran no sólo la enfermedad, sino también la distribución de serotipos.

Aunque en el último decenio se ha observado una tendencia global a la baja, el sarampión seguía siendo una prioridad de salud pública en 2006, con más de 7.000 casos confirmados y siete muertes notificadas. Varios acontecimientos también demostraron claramente la elevada posibilidad de que se produzcan brotes de sarampión.

La mayor parte de los países de la UE utilizaron la vacuna acelular contra la tos ferina (aP) en 2006. Tras un período de estabilidad, parece que la tasa de notificación ha aumentado ligeramente en algunos países de la UE desde 2003.

Enfermedades transmisibles por los alimentos y por el agua

Campylobacter sigue siendo el patógeno asociado a gastroenteritis notificado con más frecuencia en los países de la UE, el EEE y la AELC, con una incidencia de casi 40 casos por 100.000, aunque pareció observarse una cierta reducción de casos de 2005 a 2006.

También parecen estar disminuyendo las infecciones por VTEC/STEC, con una tasa de notificación en 2006 de poco más de 1 caso por cada 100.000 habitantes, aunque algunos países informan de cifras substancialmente superiores, sobre todo en niños pequeños.

RESUMEN DE AMENAZAS EN 2007

En 2007 el ECDC vigiló 168 amenazas para la salud pública, de las cuales:

- 142 (85 %) eran nuevas;
- 21 se activaron en 2006 y seguían activas en 2007;
- cinco se activaron en 2005 y seguían activas en 2007;
- 66 requirieron un seguimiento activo por el ECDC;
- 10 de ellas dieron lugar a una evaluación detallada de la amenaza enviada a los Estados miembros de la UE y a la Comisión Europea a través del EWRS.

En conjunto, en 2007 las amenazas de interés para la UE siguieron estando ampliamente diseminadas. Las enfermedades transmisibles por alimentos y agua siguieron siendo las más frecuente en la UE. Es importante señalar que hubo un aumento significativo de las amenazas relacionadas con la tuberculosis en 2007 y, en particular, de eventos relacionados con TB multi-resistente o extremadamente multi-resistente (XDR) a fármacos, así como de la exposición de compañeros de viaje de pacientes con tuberculosis que viajaron mientras estaban enfermos.

La mayor parte de las amenazas consideradas potencialmente importantes en la UE en 2007 se notificaron a través del EWRS o de redes europeas diseñadas a este fin (EWGLI para la enfermedad del legionario y ENTERNET para las enfermedades que se transmiten por alimentos y agua). El EWRS sigue demostrando ser una herramienta eficaz para la coordinación y aplicación oportuna de medidas de salud pública por los Estados Miembros ante las amenazas confirmadas. En 2007 el ECDC empezó a desarrollar una plataforma de comunicación sobre "inteligencia epidemiológica" a escala de la UE.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de la prevención y el control de las enfermedades contagiosas, las prioridades de la UE no han cambiado de manera sustancial con respecto al informe anterior.

Por un lado, las áreas de interés, incluidas las enfermedades que siguen suponiendo una carga elevada, siguen siendo las mismas. Además de las seis amenazas principales señaladas al principio de este resumen, las elevadas cifras de infección por clamidia y *Campylobacter* merecen nuestra atención.

Por otro lado, en algunos grupos de enfermedades, como algunas de las inmunoprevenibles (incluidas las causadas por Hib), se ha producido una reducción de la incidencia, y otras (p. ej., la difteria), presentan tasas de incidencia extremadamente bajas, de alrededor de 0,1 casos por 100.000. Sin embargo los Estados miembros de la UE siguen lejos de alcanzar los objetivos fijados por los programas de eliminación de enfermedades, especialmente en lo que se refiere al sarampión.

La calidad de los datos a partir de los cuales se pueden obtener estas conclusiones sigue lejos de ser perfecta, y hay que hacer un esfuerzo sustancial para mejorar la vigilancia de las enfermedades infecciosas en la Unión Europea. Lo más importante es que persisten grandes problemas de comparabilidad de los datos de los diferentes Estados miembros, lo que obviamente reduce la utilidad a nivel europeo de los datos recogidos.

Es necesario explorar nuevos enfoques para ofrecer datos prioritarios en el campo de las enfermedades infecciosas, como la estimación de la carga que estas enfermedades suponen en la actualidad y supondrán en el futuro.

Mirando hacia el futuro, es evidente que algunas tendencias a largo plazo afectarán al panorama de las enfermedades infecciosas en la UE, como:

- el envejecimiento de la población de la UE;
- los cambios ambientales, incluido el cambio climático;
- el aumento de los viajes y de la migración; y
- los cambios sociales.

Será necesario someter a control permanente la carga y las tendencias de las enfermedades infecciosas en la UE, para disponer de datos sólidos sobre los que construir la política sanitaria común.

5. Vigilancia de la infección por el VIH y el SIDA en Europa

(publicado en diciembre de 2008).

Puntos clave

La infección por el VIH sigue teniendo importancia para la salud pública en Europa y hay indicios de que la transmisión aumenta en varios países.

- En 2007 se comunicaron 48.892 nuevos diagnósticos de infección por el VIH en 49 de los 53 países de la Oficina para Europa de la OMS (no se dispone de datos de Austria, Italia, Mónaco ni la Federación Rusa). Las tasas más elevadas fueron las de Estonia, Ucrania, Portugal y la República de Moldova. Cuarenta y ocho países notificaron 5.244 casos de SIDA (no se dispone de datos de Italia, Kazajstán, Mónaco, la Federación Rusa ni Ucrania).
- En 2007 se diagnosticaron 26.279 casos nuevos de infección por el VIH en los países de la Unión Europea y de la Asociación Europea de Libre Comercio (lo que en este informe se denomina UE y AELC) (no se dispone de datos de Austria ni de Italia). En la UE/AELC, las tasas más elevadas se dieron en Estonia, Portugal y Letonia; y las más bajas en Eslovaquia, la República Checa y Rumanía.
- En la UE/AELC, las vías de contagio de la infección por el VIH predominantes parecen ser las relaciones sexuales entre varones, seguidas por el contacto heterosexual. Aproximadamente el 40% de los casos notificados de contagio heterosexual se diagnosticaron en personas originarias de países en los que la infección por el VIH y el sida son epidemias generalizadas.
- De las tres zonas geográficas de la Región Europea de la OMS, el uso de drogas inyectables sigue siendo la principal vía de contagio en el Este, mientras que en el Centro la vía de contagio predominante es el contacto heterosexual, aunque también ha aumentado el número de casos por relaciones sexuales entre varones. En el Oeste, la vía predominante son las relaciones sexuales entre varones, seguido por el contacto heterosexual, una vez descartados los casos que se dan en personas originarias de países con epidemias generalizadas.
- En conjunto, aunque los datos no son completos, el número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH aumentó en 2007, mientras que el número de casos de SIDA diagnosticados siguió disminuyendo en el conjunto de la Región Europea de la OMS, aunque siguió creciendo en el Este. Desde 2000, la tasa de nuevos diagnósticos de infección por millón de habitantes casi se ha duplicado, al pasar de 39 por millón en 2000 a 75 por millón en 2007, según la información de los 44 países que han publicado de manera uniforme sus datos de vigilancia de la infección por el VIH.
- El número total de pruebas del VIH que se hacen al año con fines diagnósticos, excluidas las pruebas anónimas y las donaciones de sangre, aumentó entre 2003 y 2007 en la mayor parte de los países.

- Los datos aquí presentados tienen algunas limitaciones, debido en particular a la falta de información de algunos países. Esto limita las conclusiones que cabe extraer acerca de las dimensiones de las epidemias de la infección por el VIH y el SIDA en Europa. Si se hubieran tenido en cuenta estos datos, es posible las cifras totales de casos se hubiera duplicado en 2007.

Recomendaciones para la vigilancia de la infección por el VIH y el SIDA

Los datos de vigilancia de la infección por el VIH y el SIDA son vitales para controlar las tendencias de estas epidemias y evaluar la respuesta de salud pública. Por eso, en todos los países de Europa es preciso:

- aplicar sistemas de notificación nacional caso por caso de la infección por el VIH y el SIDA, para garantizar su integridad y su puntualidad;
- mejorar la calidad de los datos notificados, especialmente en lo que respecta a las posibles vías de contagio; y
- promover una vigilancia exhaustiva de la infección por el VIH, caracterizada por una vigilancia periódica de las conductas y estudios sobre la prevalencia de dicha infección.

Recomendaciones para la salud pública

Las intervenciones para el control de la epidemia deben basarse en la evidencia y adaptarse al país y a la zona geográfica. A partir de los datos de vigilancia disponibles, es razonable recomendar lo siguiente por subregión OMS:

- Este: las intervenciones para controlar la infección por el VIH en usuarios de drogas inyectables deben ser la piedra angular de las estrategias de prevención en este ámbito; hay que fortalecer las medidas para impedir el contagio heterosexual, dirigidas especialmente a quienes tienen como pareja a personas de alto riesgo.
- Centro: la prevención debe adaptarse a las circunstancias de cada país para mantener sus ventajas epidemiológicas.
- Oeste: las intervenciones para controlar la infección por el VIH derivada del contacto sexual entre varones deben ser la piedra angular de las estrategias de prevención del VIH y han centrarse, por ejemplo, en nuevas campañas sobre prácticas sexuales seguras; las intervenciones de prevención, tratamiento y atención deben adaptarse para que lleguen a las poblaciones de inmigrantes.
- En todas las subregiones debe estimularse la realización de la prueba del VIH para garantizar el acceso precoz al tratamiento y el asesoramiento, a fin de impedir o reducir el ulterior contagio y mejorar los resultados del tratamiento a largo plazo en los individuos afectados.

Informes especiales

6. Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union (Plan de acción marco para combatir la tuberculosis en la Unión Europea)

(publicado en marzo de 2008).

La TB es una enfermedad infecciosa grave en los seres humanos, que en la mayor parte de los casos se adquiere mediante la inhalación de las bacterias en gotículas producidas por una persona infectada. Aunque existe un tratamiento eficaz, si no se aplica de forma correcta o no se cumple adecuadamente puede fallar y no lograrse la curación, producirse una recidiva prematura o aparecer una TB resistente a los fármacos.

En la UE, la incidencia de la TB no ha dejado de disminuir en las últimas décadas. Las cifras de la UE 27 son de las más bajas del mundo, pero superiores a las de otros países industrializados, como los Estados Unidos y Australia. En cualquier caso, no hay lugar para la complacencia, puesto que hace varias décadas se describió una situación epidemiológica favorable similar en algunos países que indujo a bajar la guardia y a reducir los recursos y los servicios para la prevención y el control de la TB. En consecuencia ésta reapareció, alimentada por la epidemia de la infección por el VIH y por la aparición de la TB resistente a varios fármacos (TB RVF). Fue necesario renovar los esfuerzos en los programas y actividades de control para lograr diagnósticos precoces, disponer del tratamiento adecuado y completar los tratamientos.

Dada esta situación, el Comisario de Salud de la Unión Europea (UE), Markos Kyprianou, pidió al Centro Europeo de Prevención y Control de las Enfermedades (ECDC) en marzo de 2007 que desarrollara una propuesta de plan de acción para combatir la tuberculosis (TB) en la Unión Europea.

El objetivo a largo plazo de este plan de acción es controlar y en última instancia eliminar la TB en la UE. La mayor parte de las actividades dirigidas a la reducción de la carga que supone la tuberculosis son de carácter nacional, aunque cuentan con el apoyo de las instituciones de la UE. Los objetivos del plan son:

- aumentar la sensibilización política y pública respecto a la TB como problema de salud pública en la UE;
- apoyar y reforzar los esfuerzos de lucha contra la TB de los Estados miembros, de conformidad con la situación y los desafíos epidemiológicos nacionales.
- contribuir al control de la TB en la UE, apoyando a los países de los que proceden los casos importados.

Esta propuesta se basa en cuatro principios: garantizar una asistencia rápida y de calidad para todos, reforzar la capacidad de los sistemas de salud, desarrollar herramientas nuevas y establecer mecanismos de asociación y colaboración con los países y con las partes interesadas. En torno a ellos se han organizado ocho áreas de desarrollo estratégico. Seguidamente se indican los objetivos/acciones recomendados para cada una de las mismas:

Área 1. Compromiso de control de la TB, sensibilización respecto a la TB y capacidad de los sistemas de salud

1. Aumentar el compromiso político y de recursos de los Estados miembros con los planes de control de la TB como elemento de las estrategias de salud pública generales.
2. Reforzar la capacidad de los sistemas de salud de los Estados miembros para la realización de actividades de control y eliminación de la TB.

Área 2. Vigilancia

1. Evaluar las características epidemiológicas y la diseminación a lo largo del tiempo y geográfica de la TB en la población, tanto en los Estados miembros como en el conjunto de Europa.
2. Vigilar la realización de actividades de control de la TB y aportar esta información al ciclo de toma de decisiones para hacer posibles intervenciones adecuadas que mejoren los planes nacionales y europeos contra la TB.
3. Identificar y describir las poblaciones vulnerables con mayor riesgo de TB y de pronóstico desfavorable, a las que deben ir dirigidas las actividades de salud pública.

Área 3. Servicios de laboratorio

1. Desarrollar y prestar servicios de laboratorio modernos de gran calidad que respalden las necesidades clínicas, de salud pública y de investigación de la TB.
2. Garantizar la seguridad, la precisión y la calidad de los servicios de laboratorio, y la disponibilidad de personal formado adecuadamente.
3. Garantizar las inversiones para el mantenimiento a largo plazo de los servicios de laboratorio.

Área 4. Asistencia contra la TB rápida y de calidad para todos

1. Diagnosticar con rapidez todos los casos y garantizar el tratamiento y la asistencia apropiados de la TB.
2. Adaptar las intervenciones a las situaciones epidemiológicas específicas y a las poblaciones vulnerables, para garantizar la máxima eficacia del control de la TB a todos los niveles.
3. Asegurar de forma consistente la aplicación de las medidas de gestión de brotes.
4. Garantizar la cobertura de las necesidades sanitarias individuales de todos los pacientes con TB.

Área 5. TB RVF y RMF

Los siguientes objetivos lo son de todos los Estados miembros, aunque se prestará especial atención a los países en los que el problema de la TB RVF y RMF sea mayor.

1. Optimizar y reforzar la vigilancia y el control de la TB RVF y RMF.
2. Mejorar los servicios encargados de realizar las pruebas de sensibilidad a los antituberculosos en la UE, en un contexto de fortalecimiento de los servicios de laboratorio contra la TB.
3. Mejorar la asistencia y el tratamiento de los pacientes con TB RVF y RMF, incluidos el control de la infección, el seguimiento y profilaxis de los contactos.
4. Mejorar el acceso y la disponibilidad de los fármacos de primera y segunda línea, garantizando un uso racional de los fármacos contra la TB.

Área 6. Coinfección por TB/VIH

1. Reducir la carga de la coinfección por TB/VIH en la UE, reforzando la colaboración entre los planes contra la TB y contra el VIH/sida o los servicios correspondientes en el sistema de salud.
2. Promover actividades de investigación y estudios clínicos en la UE relacionados con la coinfección por TB/VIH.

Área 7. Nuevas herramientas para controlar la TB

1. Fijar prioridades para la investigación básica, aplicada y operativa en la UE.
2. Aportar fondos y garantizar la coordinación.

Área 8. Establecer mecanismos de asociación y colaboración con los países

1. Garantizar que se da a la TB una alta prioridad en las agendas políticas, técnicas y de investigación de la UE y en las instituciones públicas nacionales, considerando de la competencia entre prioridades por unos recursos escasos.
2. Ayudar a eliminar la estigmatización, garantizar una detección precoz y rápida de la TB, la TB RVF y la RMF y animar a los pacientes a recibir tratamiento de conformidad con la Carta del paciente en relación con la asistencia a la TB.
3. Garantizar que se dispone del tratamiento ulterior, que es accesible, que se puede pagar, que es adecuado y (lo más importante) eficiente.
4. Fomentar una mayor colaboración y coordinación entre el ECDC, la CE, cada uno de los países, la OMS y otras partes interesadas.

7. Surveillance of communicable diseases in the European Union, a long-term strategy (Vigilancia de las enfermedades infecciosas en la Unión Europea, una estrategia a largo plazo: 2008–2013)

(publicado en mayo de 2008).

Esta visión y estrategia a largo plazo sobre la vigilancia futura de las enfermedades infecciosas en la UE trata de orientar las decisiones sobre el desarrollo a largo plazo del sistema de vigilancia europeo. La estrategia cubre hasta el año 2013, por lo que se ajusta al plan estratégico plurianual del ECDC (aprobado por su Consejo de

Dirección en junio de 2007). Además se prevén efectos sinérgicos con la estrategia del ECDC relativa a los laboratorios.

La estrategia pretende definir los términos y el alcance de la vigilancia, sus fines y objetivos, y sus requisitos organizativos. Describe además modalidades de apoyo a los Estados miembros y presenta una hoja de ruta para su aplicación.

El objetivo global es contribuir a reducir la incidencia y la prevalencia de las enfermedades infecciosas en Europa mediante el suministro de datos, información e informes relevantes de salud pública a los responsables de la toma de decisiones, los profesionales y los trabajadores sanitarios, en un esfuerzo por promover acciones que se traduzcan en la oportuna prevención y el control de las enfermedades infecciosas. Para alcanzarlo es imperativo que los datos de los Estados miembros sobre las enfermedades infecciosas sean de gran validez y fáciles de comparar.

Una mejor coordinación del enfoque de la vigilancia permitirá:

- mejorar la comparabilidad regional de los datos;
- reducir la complejidad de la vigilancia en toda Europa;
- afrontar la vigilancia de forma sinérgica;
- evitar la duplicación de tareas;
- mejorar la calidad de los datos en materia de salud pública a largo plazo, al aportar datos más relevantes y fiables;
- facilitar el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia nacionales;
- alcanzar la máxima rentabilidad económica y sustentabilidad;
- facilitar el acceso a los datos y su uso;
- mejorar la detección y el control de los brotes internacionales;
- contribuir a desarrollar las capacidades técnicas de los implicados; y
- garantizar la inclusión de las enfermedades en las agendas de vigilancia e investigación de conformidad con las prioridades europeas.

El ECDC está desarrollando un sistema de vigilancia de las enfermedades infecciosas basado en indicadores a nivel europeo, el denominado *The European Surveillance System*, TESSy (Sistema Europeo de Vigilancia). Será una herramienta valiosa para mejorar la recogida, validación, conservación y difusión de los datos de vigilancia de los Estados miembros de la UE y del EEE. Inicialmente, recogerá un grupo reducido de variables importantes para la vigilancia habitual de los casos de enfermedades infecciosas. Cuando el TESSy haya sido aceptado por todos y se utilice como base de datos normalizada regional, los objetivos a largo plazo del ECDC de reducir la complejidad y el volumen de trabajo de todos los participantes se verán apoyados por:

- la recogida normalizada de los datos sobre vigilancia de las enfermedades infecciosas;
- la existencia de un sistema unificado de notificación y recuperación de datos para los Estados miembros;
- la normalización de los informes basados en datos de vigilancia; y
- la disponibilidad de una visión de conjunto uniforme y fácilmente accesible sobre la situación actual en la UE.

También se abordará el problema actual de la doble notificación de algunas enfermedades por diversas organizaciones regionales de vigilancia (como la OMS/Europa o el EMCDDA), para reducir y posiblemente eliminar el dispendio de esfuerzos.

Será necesario establecer un procedimiento de colaboración transitorio para el intercambio de datos entre el ECDC y los Estados miembros y entre el ECDC y las redes de vigilancia exclusivas (RVE), con objeto de definir con claridad la función de los proveedores y los usuarios de los datos, tanto en los Estados miembros como en el ECDC (y en otros organismos interesados, p. ej., la OMS). Este procedimiento deberá incluir también lo relativo a la publicación de los resultados del análisis de los datos, entre otros detalles. A partir de la experiencia que se consiga con él, se establecerá un procedimiento final con las partes interesadas, más detallado y a largo plazo.

La futura colaboración con los expertos en enfermedades específicas (designados por los organismos competentes) se estructurará dividiendo las enfermedades/microorganismos patógenos en seis grandes grupos. Dentro de ellos se distinguirán, en caso necesario, grupos más concretos (específicos de una enfermedad). Cada uno de estos seis grupos celebrará reuniones anuales, para debatir cuestiones pertinentes a la vigilancia de las enfermedades correspondientes. En caso preciso se podrán celebrar simposios «paralelos» sobre enfermedades más específicas. En cada grupo se establecerá además un grupo de coordinación para el desempeño de muchas de las funciones que desempeñaban los grupos de dirección DSN previos.

Es esencial que los países dispongan de buenos servicios de laboratorio para reforzar la vigilancia al nivel de la UE. El ECDC se basará en el trabajo ya realizado y apoyará el fortalecimiento de la capacidad de los laboratorios de los

Estados miembros, de los países del EEE/AELC y los países candidatos en colaboración con la Comisión, los organismos competentes del propio ECDC y los centros nacionales de microbiología de los Estados miembros.

El ECDC se esforzará para conseguir que todos los países dispongan de servicios de laboratorio de referencia nacionales (LRN), ya sea directa o indirectamente, para poder confirmar el diagnóstico, el aislamiento y la ulterior caracterización de los patógenos, como base para notificar casos confirmados y probables en situaciones normales y en caso de emergencia. El ECDC estará en contacto con estos LRN y les ayudará a integrar sus datos con los datos epidemiológicos (y clínicos) a escala nacional. La garantía de calidad de los métodos de laboratorio es esencial para garantizar la validez y la precisión de los datos, y en este período se fomentará asimismo el establecimiento de normas europeas.

El ECDC aplicará su estrategia de vigilancia en dos fases: la fase uno es un período transitorio que durará hasta 2010, centrado principalmente en la integración progresiva de las RVE actuales de vigilancia de las enfermedades contagiosas en la Unión Europea con el ECDC; durante la fase dos (2010-2013), el ECDC asumirá la plena responsabilidad de la vigilancia y podrá centrarse en el desarrollo y la consolidación de sistemas de máxima calidad para Europa-

Para que esta estrategia y sus objetivos se mantengan pertinentes y actualizados, serán controlados por los Estados miembros y las principales partes interesadas, de forma que se puedan incorporar las nuevas estrategias y datos que sean necesarios.

Informes de reuniones

8. *Infectious diseases and social determinants* (Enfermedades infecciosas y determinantes sociales)

(Reunión celebrada en abril de 2007, informe publicado en febrero de 2008)

Este informe hace referencia a un seminario sobre los determinantes sociales de las enfermedades infecciosas convocado por el ECDC y al que asistieron investigadores de esos dos campos. Los principales objetivos del seminario fueron:

- valorar la importancia de las desigualdades sociales en la carga que suponen las enfermedades infecciosas;
- identificar buenas prácticas para abordar las desigualdades sanitarias utilizadas en la prevención y manejo de las enfermedades infecciosas;
- desarrollar estrategias y medidas para abordar las desigualdades sanitarias resultantes de determinantes sociales.

El informe se centra en los temas clave y de debate del seminario, y se estructura en cinco secciones:

- determinantes sociales de las enfermedades infecciosas;
- aspectos específicos de las enfermedades;
- intervenciones dirigidas a la superación de las desigualdades sociales;
- políticas para superar las desigualdades sociales; e
- identificación de prioridades.

Durante el seminario se observó que existe en la carga de las enfermedades infecciosas una brecha al menos tan profunda como la que existe en las enfermedades no infecciosas. Incluso puede que sea mayor en determinados grupos e infecciones. Aunque en términos generales los grupos marginales son los más afectados, el gradiente social no afecta a todas las infecciones del mismo modo: los grupos de mayor nivel socioeconómico corren más riesgo de sufrir determinadas infecciones debido a determinadas conductas de alto riesgo.

Es evidentemente la necesidad de aumentar nuestro conocimiento de la carga de las enfermedades infecciosas en Europa, para determinar las prioridades de evaluación, investigación, intervención y cambio de políticas. Este ejercicio ya se ha puesto en marcha, por ejemplo, en lo que respecta a la TB.

Una recomendación que se formuló en el seminario fue la de complementar la vigilancia de las enfermedades infecciosas con uno o dos determinantes sociales. Con ello se conseguirán conocimientos básicos, que será posible completar con encuestas. Pueden incluirse, por ejemplo, marcadores biológicos de las enfermedades infecciosas en las encuestas de salud habituales, y sin duda en las europeas.

Otra conclusión del seminario fue que los determinantes sociales han desaparecido de las agendas actuales de investigación. Hay que volver a ellos, porque es preciso conocer los que influyen en las infecciones en diferentes regiones y poblaciones. Por ejemplo, un parámetro importante pero que se suele pasar por alto, es el contexto en el que viven y trabajan las personas. Los factores de riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no son factores de riesgo individuales, y los patógenos pueden variar de unos grupos socioeconómicos a otros. Debe hacerse el máximo uso de los datos existentes para explorar los determinantes sociales de las enfermedades infecciosas. Los ámbitos concretos en los que se necesita más investigación son los relativos a los inmigrantes, la mitigación de los estigmas y los procesos sociales y políticos que influyen en las desigualdades de salud.

Una solicitud concreta del seminario fue la creación de una base de datos de buenas intervenciones. Con ella se garantizará un buen flujo de información, sobre todo de regiones que no publican mucho pero disponen de mucha experiencia.

Se consideró que la educación sanitaria es una prioridad de la acción política en dos sentidos. En primer lugar, debe gozar de una alta prioridad en el programa de educación de los responsables políticos y aplicarse desde edades tempranas. Estos programas deben incluir una perspectiva de los determinantes sociales en materia de salud, de forma que las futuras generaciones puedan influir en el proceso político. Ha de incluir los efectos sanitarios de la segregación social, enseñar técnicas específicas de protección contra riesgos sanitarios y permitir a las personas que piensen por sí mismas e influir en la exposición a los factores de riesgo. En segundo lugar, hay que reforzar la formación en determinantes sociales en las facultades de medicina, en las escuelas de enfermería, en las de sociología, etc. Los futuros trabajadores sanitarios deben implicarse en el debate y abogar por un

cambio en los determinantes. El campo de la salud pública debe contribuir al debate sobre las desigualdades sociales y su influencia en la salud.

Es prioritario destacar los determinantes macrosociales y trabajar con sectores situados fuera del campo de la salud pública (político, social, de ingeniería, etc.). Para ayudar en este esfuerzo, hay que meditar y debatir sobre los objetivos. Se pueden utilizar buenos ejemplos de la historia de todos los países europeos. El ECDC puede desempeñar un papel importante como asesor sobre la importancia de la desigualdad en el control de las enfermedades contagiosas.

9. Seminario sobre cambio ambiental y enfermedades infecciosas

(Reunión celebrada en marzo de 2007, informe publicado en mayo de 2008)

Objetivos de la reunión

- Revisar la evidencia relativa a las implicaciones del cambio climático y ecológico global para la carga de las enfermedades infecciosas en Europa;
- Debatir las competencias de salud públicas necesarias para abordar el cambio climático y las amenazas de las enfermedades infecciosas; e
- Identificar las necesidades de investigación.

Cambio climático

El Grupo Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC) afirma que el clima está cambiando; se prevé que aumenten las temperaturas, que se eleve el nivel del mar y que se produzcan más acontecimientos meteorológicos extremos. Estos cambios afectan a los ecosistemas, al agua, a la agricultura, al desarrollo socioeconómico y por consiguiente, directa o indirectamente, a la salud de la población. El cambio climático y otros cambios ecológicos pueden afectar a la distribución de las enfermedades infecciosas de varias formas. Todos los participantes estuvieron de acuerdo en que el «compromiso de composición constante» (el tipo de cambio climático contra el que ya nos hemos comprometido) requiere una acción inmediata.

Amenazas de enfermedades

Los participantes en la reunión debatieron las implicaciones del cambio climático y de otros cambios ambientales para las enfermedades transmitidas por vectores, por roedores, por el agua, por los alimentos y por el aire. Aunque se dispone de evidencia escasa, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Se han identificado varias enfermedades transmitidas por vectores y por roedores que pueden cambiar su ámbito de distribución en función del cambio climático (temperatura, acontecimientos meteorológicos extremos, estacionalidad) y de factores ambientales (uso de los terrenos, ecosistemas, deforestación, hidrología, biodiversidad). Entre ellas se encuentran enfermedades causadas por arbovirus como el dengue, el chikungunya, el virus del Nilo Occidental y, en teoría, el paludismo. También la densidad y la distribución de la población de roedores se ven afectadas por las condiciones climatológicas.
- Europa debe estar preparada para la importación de brotes localizados de enfermedades relacionadas con el agua, como el cólera, debido a unas precipitaciones extremas, y para la aparición de problemas de salud asociados al exceso de desechos y de aguas residuales. Se señaló asimismo la importancia de posibles cambios en la frecuencia de las enfermedades diarreicas. Los grupos con máximo riesgo son los pobres, los ancianos, los niños pequeños, los grupos marginados, los viajeros expuestos en el extranjero y los inmunodeprimidos o quienes padecen otra afección.
- Se examinó asimismo el tema de la relación entre las enfermedades transmitidas por los alimentos y los cambios en las conductas humanas y en los patrones de contacto entre los animales salvajes y los domésticos, sobre todo en época de sequía.
- Se señaló que la exacerbación del asma y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas son los efectos más significativos del cambio climático en la salud respiratoria. Se indicó que la elevada prevalencia de estos trastornos los convierte en buenos marcadores de aviso para el seguimiento del impacto del cambio climático.

Competencias en materia de salud pública

Hubo consenso entre los participantes en la necesidad básica de contar con competencias en materia de salud pública, que representan valores que existen (o deben existir) en todos los países. Otros puntos de acuerdo:

- El refuerzo de la capacidad de hacer frente a las nuevas amenazas de enfermedades infecciosas relacionadas con el cambio climático contribuye al refuerzo de la salud pública. Es especialmente importante coordinar la colaboración multisectorial e interinstitucional.
- Se abordaron cuatro ámbitos de competencia de la salud pública: vigilancia, investigación, seguridad y política. Existen ya estrategias de vigilancia de algunos problemas del cambio climático, pero sigue habiendo lagunas en el campo de las enfermedades infecciosas.
- Lo primero que se necesitaría es una evaluación del riesgo que identifique factores de riesgo y grupos vulnerables. Así se dispondría de la plataforma de evidencia necesaria para formular directrices de salud pública/clínicas y recomendaciones sobre política.
- Un obstáculo importante es el de las lagunas existentes en los conocimientos de entomología. El problema podrá abordarse aumentando la formación en entomología.
- No existe un sistema de monitorización universal en la UE, pero el grupo estuvo de acuerdo en que no es necesario establecer un sistema que abarque toda Europa, porque muchas de las amenazas potenciales son infrecuentes en la mayor parte de las zonas.
- Hay que «responder cuando sea necesario». Este enfoque se basa en la flexibilidad y permite responder rápidamente a los problemas cuando aparezcan. Descansa en la hipótesis de que hasta ahora son muy pocas las enfermedades infecciosas (si se contemplan en conexión con el cambio climático o con aspectos ambientales) que han planteado problemas importantes.
- Hay que sensibilizar más a la opinión pública (y quizás también a los profesionales) respecto a algunas cuestiones generales para mejorar la comprensión de algunos cambios inminentes.
- El nuevo Libro Verde sobre el cambio climático ofrece una oportunidad única de fortalecer la capacidad de la Comisión de la UE en lo que respecta a las políticas sanitarias.

Necesidades, retos y obstáculos a la investigación

En la reunión se identificaron diversos aspectos de la investigación, como el de la necesidad de disponer de indicadores y el de la identificación de los grupos vulnerables. Los participantes señalaron que existen diferencias claras entre los Estados miembros en su capacidad de control y de investigación relacionados con el cambio climático. Indicaron que el uso de puntos centinela en todos los países puede ser una solución rápida para obtener datos a escala europea hasta que todos los sistemas de salud pública y control estén en pleno funcionamiento.

Otra necesidad es el acceso a datos de largos periodos. Hay que vincularlos con los obtenidos de los satélites y llegar a conclusiones útiles en relación con la salud humana. Otro reto para la investigación es el de la atribución de procesos a largo plazo al cambio climático.

Recomendaciones de actuación

En el desarrollo de programas de trabajo y de ulteriores políticas de salud pública centradas en el cambio climático y las enfermedades infecciosas, es necesario:

- basarse en las iniciativas y capacidades existentes;
- desarrollar soluciones beneficiosas para todas las partes en la colaboración intersectorial e interinstitucional;
- aceptar que las diferentes partes de la región experimentarán los impactos del cambio climático de formas diferentes;
- aceptar las diferencias en la capacidad de respuesta de los Estados miembros;
- explorar diversos enfoques posibles de la vigilancia;
- abordar los obstáculos a la vigilancia;
- colaborar y desarrollar una estrategia integral de detección de riesgos;
- facilitar el desarrollo y la aplicación de programas de formación de profesionales; y
- reforzar las capacidades de comunicación.

Anexo: Publicaciones del ECDC en 2008

En esta lista se recogen sólo las publicaciones oficiales del ECDC en 2008. Además, el personal del Centro ha publicado o colaborado en muchos artículos y publicaciones científicas, como *Eurosurveillance*, que no se enumeran aquí. Todos los documentos que se citan a continuación están disponibles en la página web del ECDC (<http://ecdc.europa.eu>).

Technical report (Informe técnico)

Mayo

Review of Chlamydia control activities in EU countries

ECDC Guidelines (Directrices del ECDC)

Enero

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Agosto

Priority risk groups for influenza vaccination

Surveillance reports (Informes de vigilancia)

Diciembre

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Mission report (Informe de misiones técnicas)

Agosto

Measles outbreak in Austria: risk assessment in advance of the EURO 2008 football championship

Special reports (Informes especiales)

Marzo

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Mayo

Surveillance of communicable diseases in the European Union. A long-term strategy: 2008–2013

Julio

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Meeting reports (Informes de reuniones)

Enero

Networking for public health (27–28 February 2007)

Febrero

Consultation on vector-related risk for chikungunya virus transmission in Europe (22 October 2007)
Infectious diseases and social determinants (26–27 April 2007)

Marzo

Now-casting and short-term forecasting during influenza pandemics (29–30 November 2007)
Second consultation on outbreak investigation and response in the EU (15 November 2007)
Third meeting of the Chairs of Commission and Agency scientific committees/panels involved in risk assessment (6–7 November 2007)

Mayo

Environmental change and infectious disease (29–30 March 2007)

Junio

Training strategy for intervention epidemiology in Europe (11–12 September 2007)

Octubre

Annual meeting on TB surveillance in Europe (3–4 June 2008)
HIV testing in Europe: from policies to effectiveness (21–22 January 2008)

Diciembre

Workshop on linking environmental and infectious diseases data (28–29 May 2008)

Technical documents (Documentos técnicos)*Enero*

Core competencies for public health epidemiologists working in the area of communicable disease surveillance and response, in the European Union

Corporate publications (Publicaciones corporativas)*Trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre)*

ECDC Insight

Executive science update

Junio

Annual report of the Director 2007

Diciembre

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future