



ECDC **CORPORATE**

Resumen de las principales publicaciones 2009

ECDC **CORPORATE**

Resumen de las principales publicaciones 2009



Estocolmo, enero de 2010

© Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, 2010.

Autorizada la reproducción, siempre que se mencione la fuente.

Índice

Introducción.....	1
Informes técnicos	2
1. Directrices para la evaluación del riesgo de enfermedades infecciosas transmitidas en los aviones.....	2
2. Vigilancia y estudios durante una pandemia en Europa	3
3. Guía de medidas de salud pública para reducir las consecuencias de la pandemia de gripe en Europa: «el menú del ECDC»	4
4. Serie sobre la salud de los inmigrantes: acceso de las poblaciones de inmigrantes a la prevención, tratamiento y asistencia del VIH en los países de la UE/EEE	11
5. Serie sobre la salud de los inmigrantes: epidemiología del VIH y el sida en comunidades de inmigrantes y minorías étnicas en países de la UE/EEE.....	14
6. Identificación de programas de vigilancia de conductas relacionadas con el VIH y las ITS en Europa.....	18
7. El reto de las bacterias: ya es hora de reaccionar (informe técnico conjunto del ECDC y la EMEA)	20
8. Eficacia de las intervenciones conductuales para la prevención del VIH y las ITS en los varones que mantienen relaciones homosexuales en Europa	24
Informes de directrices.....	25
9. Control de las infecciones por clamidias en Europa	25
10. Uso en salud pública de antivirales antigripales durante las pandemias de gripe	27
11. Uso de vacunas específicas contra la gripe pandémica durante la pandemia del virus H1N1 de 2009.....	30
Informes de vigilancia	32
12. Vigilancia de la tuberculosis en Europa 2007	32
13. Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades contagiosas en Europa 2009	34
14. Vigilancia de la infección por el VIH y el sida en Europa 2008	41
Anexo: Publicaciones del ECDC en 2009	43

Introducción

En 2009, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) publicó un total de 43 documentos científicos. Los más destacados son:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2009* (Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades contagiosas en Europa 2009), tercera edición de la publicación anual del ECDC que contiene un completo resumen de los datos de vigilancia de 2007 y las amenazas detectadas en 2008;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2007* (Vigilancia de la tuberculosis en Europa 2007) y *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008* (Vigilancia de la infección por el VIH y el sida en Europa 2008), ambos elaborados en colaboración con la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, que abordan la situación en los países de la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE), y en los otros 23 países de esa zona;
- La presentación de *Migrant health series* (Serie sobre la salud de los inmigrantes), una colección de publicaciones dedicadas a enfermedades concretas que presentan análisis de datos, resúmenes de pruebas científicas, interpretación y orientación sobre las intervenciones en el campo de la inmigración y un conjunto de enfermedades infecciosas seleccionadas. Los dos primeros documentos de enfermedades concretas que se publicaron en 2009 se dedicaron a la infección por el VIH y el sida;
- *The bacterial challenge: time to react* (El reto de las bacterias: ya es hora de reaccionar), un informe técnico acerca del desequilibrio existente entre la carga de las infecciones causadas por bacterias multirresistentes y el desarrollo de nuevos antibióticos que permitan solucionarlo, preparado en colaboración con la Agencia Europea de Medicamentos; y
- *Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe* (Identificación de programas de vigilancia de conductas relacionadas con el VIH y las ITS en Europa), un minucioso análisis de la situación actual relativa a los programas de vigilancia de conductas en relación con el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los países de la UE y de la Asociación Europea de Libre Comercio (AELC).

Se han compilado resúmenes de determinados documentos del ECDC, como los citados, para ponerlos a disposición de los responsables de la formulación de políticas en todas las lenguas de la UE además del islandés y el noruego. Los resúmenes reflejan el espíritu de las publicaciones originales, pero puede que en el proceso de resumen se hayan perdido matices importantes. Si el lector desea tener una visión más detallada, deberá consultar el texto completo de los documentos, que se encuentran en: www.ecdc.europa.eu.

Se adjunta un anexo con la lista de todas las publicaciones del ECDC de 2009. A todas ellas se puede acceder a través del siguiente vínculo, www.ecdc.europa.eu, donde se ofrece una breve descripción de los respectivos contenidos. Algunos informes también se pueden consultar impresos. Para recibir una copia impresa, diríjase a publications@ecdc.europa.eu.

Informes técnicos

1. Directrices para la evaluación del riesgo de enfermedades infecciosas transmitidas en los aviones

(Publicado en junio de 2009)

Los vuelos comerciales nacionales e internacionales han experimentado un aumento constante en el número de pasajeros en los últimos años. Los aeropuertos internacionales acogen a millones de pasajeros cada día, permitiéndoles viajar por todo el mundo en cuestión de horas. Al mismo tiempo, los cambios de los hábitos de viaje pueden originar nuevas amenazas: mientras viajan en la cabina cerrada de los aviones modernos, los pasajeros pueden estar expuestos a distintas enfermedades infecciosas que afecten a los demás pasajeros.

El síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) surgido en 2003 puso de manifiesto que una nueva enfermedad puede aparecer súbitamente y propagarse por todo el mundo a través de los viajes en avión. La detección temprana de enfermedades infecciosas a bordo del avión, unida a una evaluación oportuna del riesgo, resulta crucial a la hora de preparar una respuesta de salud pública. Cuando se detecta un riesgo para la salud pública, la localización de los pasajeros que estuvieron expuestos durante un vuelo es una medida esencial para contener la enfermedad, a la vez que un enorme reto para los expertos en salud pública de todo el mundo.

El proyecto RAGIDA («risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft», directrices para la evaluación del riesgo de enfermedades infecciosas transmitidas en los aviones) combina datos extraídos de la bibliografía científica con conocimientos expertos a fin de proporcionar opciones viables a los responsables de la toma de decisiones. RAGIDA puede ser una ayuda valiosa a la hora de determinar los factores desencadenantes y de adoptar una decisión sobre si es necesario localizar a los pasajeros y tripulantes que estuvieron expuestos a una enfermedad infecciosa durante un vuelo.

Para el proyecto RAGIDA, un grupo de expertos del Robert Koch Institute y del ECDC debatieron sobre 12 enfermedades: tuberculosis (TB), gripe, SRAG, enfermedad meningocócica, sarampión, rubéola, difteria, fiebre hemorrágica del Ébola, fiebre hemorrágica de Marburgo, fiebre de Lassa, viruela y carbunco. Se evaluaron sistemáticamente más de 3 700 artículos con revisión científica externa y publicaciones de literatura gris para determinar las circunstancias exactas que causaron el contagio de estas enfermedades infecciosas a bordo de los aviones. Además, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de directrices sobre evaluación del riesgo y gestión del riesgo de estas enfermedades infecciosas emitidas por comités internacionales de aviación y agencias de salud pública nacionales o internacionales. Para completar los datos, se solicitó el consejo de 73 expertos de 38 países.

Los resultados de la búsqueda bibliográfica sistemática indican que la TB, la gripe, el SRAG, la enfermedad meningocócica y el sarampión son enfermedades que se contagian a menudo en los aviones. Sin embargo, el número de artículos que confirmaban el contagio a bordo de cualquiera de estas enfermedades era sorprendentemente bajo, sobre todo si se tiene en cuenta el gran número de contactos potenciales. En vista de estos resultados, es probable que el número total de episodios con contagio a bordo también sea bastante escaso. Aunque es complicado extraer conclusiones sobre el número de infecciones que surgen por la transmisión a bordo, parece probable que el potencial de contagio de enfermedades infecciosas en los aviones no sea mayor que en tierra firme.

Con todo, estamos convencidos de que la evaluación del riesgo y la decisión de localizar a los afectados ha de ser específica de cada episodio y debe tener en cuenta factores como el potencial de diseminación epidemiológica, la infecciosidad y patogenicidad de los pacientes iniciales, la funcionalidad de los sistemas de ventilación del avión, la intensidad del contacto y los detalles de la disposición de los asientos, como se propone en este informe técnico.

2. Vigilancia y estudios durante una pandemia en Europa

(Publicado en junio de 2009)

La vigilancia y los estudios durante una pandemia (*Surveillance and studies in a pandemic*, SSiaP) son aspectos complicados que constan, según se define aquí, de cuatro elementos diferenciados:

- 1) detección temprana e investigación;
- 2) evaluación inicial exhaustiva;
- 3) control;
- 4) investigación rápida de la eficacia y la repercusión de las medidas (incluida la seguridad de las medidas farmacéuticas) para mitigar el problema.

Es improbable que surja una pandemia en Europa y, por tanto, la parte de detección e investigación seguramente tendrá lugar en otro lugar, si bien Europa tendrá que ocuparse de los otros tres procesos. La vigilancia en los laboratorios (microbiológica) será una parte fundamental de todos los elementos, pero normalmente estará integrada con la vigilancia clínica y epidemiológica. La evaluación inicial (segundo elemento) es vital porque no es posible anticipar el número de parámetros importantes que caracterizarán a la próxima pandemia. No obstante, no es preciso llevar a cabo una evaluación inicial en todos los países. En condiciones óptimas, es preferible que sea realizada por los primeros países europeos afectados, siempre con el apoyo del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que se limite a la identificación de los «parámetros estratégicos». Los valores de estos parámetros determinarán cuáles son las medidas clínicas y de salud pública que tienen más probabilidades de ser eficaces. Los resultados de estos pocos países se transmitirán entonces a todos los demás.

Uno de los elementos de la evaluación inicial será la estimación de la gravedad de la pandemia. Será complicado, pero resulta esencial, ya que algunos planes nacionales europeos prevén una mayor agresividad en las actuaciones si se declara una pandemia grave. Está previsto que esta evaluación sea dirigida por la OMS. No obstante, en lo que respecta a los detalles habrá que contar con el punto de vista europeo acerca de la evaluación del riesgo, ya que la complejidad del concepto de gravedad hace que resulte difícil reducirlo a la aplicación de una sola medida. Todos los países europeos tendrán que realizar controles (tercer elemento) de la correcta gestión de sus propios sistemas sanitarios y de los restantes servicios. Las autoridades centrales de cada país querrán disponer de abundante información para sus controles, pero ésta deberá limitarse a la meramente esencial para la adopción de decisiones y para las comunicaciones principales. Tendrá que comprobarse si los controles son viables en la temporada de gripe, pero también tendrá que considerarse cómo deben modificarse los sistemas de vigilancia sistemática durante una pandemia o si tienen que suspenderse. Los controles internacionales (los informes se presentarán a los órganos superiores: la OMS y las autoridades europeas) deberán ser sencillos, ya que muchos países tendrán dificultades para proporcionar información sistemática a los organismos internacionales y para poner en marcha procesos internos. Por otra parte, no todos los países serán capaces de presentar todos los detalles que quizá desearían las autoridades europeas.

La investigación de la repercusión de las medidas de salud pública (y la seguridad de las medidas farmacéuticas) (cuarto elemento) es otro proceso que únicamente será necesario en algunos países. Es improbable que mientras dure la pandemia llegue a saberse si las medidas de salud pública han resultado eficaces (y cuáles de ellas lo han sido).

La OMS y el ECDC han estado colaborando con los Estados miembros para desarrollar procedimientos y «protocolos de prueba» para el segundo elemento, el proceso de evaluación inicial; estaba previsto probarlos para determinar su aceptabilidad en ejercicios y sobre el terreno en la temporada de gripe de 2009–2010. Con la aparición de la nueva gripe A (H1N1), la evaluación de estos procedimientos y protocolos se hará frente a una cepa pandémica real. Se están probando métodos para estimar la eficacia de las vacunas antigripales (parte del cuarto elemento) en Europa. A escala nacional, es importante que las autoridades planifiquen cómo van a abordar los elementos 2 a 4, para lo que tendrán que trabajar con órganos académicos y personal docente, y a proveer fondos razonables durante la pandemia.

3. Guía de medidas de salud pública para reducir las consecuencias de la pandemia de gripe en Europa: «el menú del ECDC»

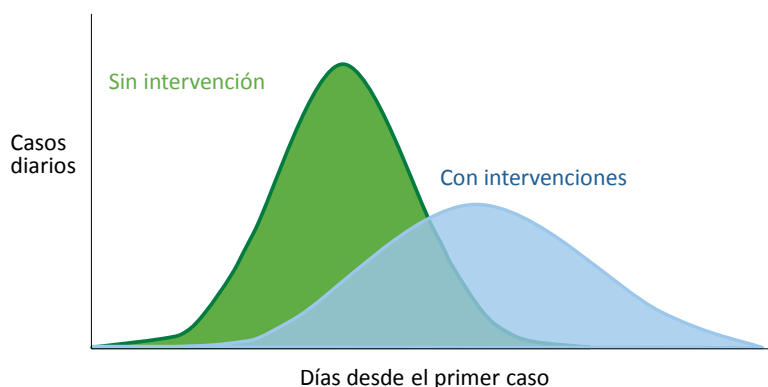
(Publicado en junio de 2009, actualizado en octubre de 2009)

La aplicación de medidas de salud pública (véanse los cuadros de resumen en la página 6) reducirá, en cierta medida, el número de personas que resultan infectadas, necesitan atención médica y fallecen durante una pandemia de gripe. También reducirá probablemente las cifras de afectados por la grave epidemia de la gripe estacional. Al disminuir, y quizá retrasar, el pico de la curva pandémica (Figura 3.1), las medidas también podrían mitigar las consecuencias secundarias que tienen las pandemias cuando un gran número de personas enferman a la vez, es decir, las consecuencias de un absentismo laboral masivo en funciones esenciales como el reparto de productos sanitarios y la conservación de alimentos, la distribución de combustible, la prestación de servicios públicos, etc. Las medidas de salud pública pueden incluso retrasar el pico de la curva epidémica de una pandemia hasta casi el momento en que esté disponible una vacuna, lo que permitiría reducir el número total de afectados. Por otra parte, en teoría, pueden posponer el pico hasta que el contagio de la gripe disminuya de forma natural en los meses estivales.

Figura 3.1 Objetivos de la aplicación de medidas de salud pública durante una pandemia

Objetivos de la reducción del contagio de la gripe en la población

- Retrasar y aplanar el pico epidémico
- Reducir la amenaza y la carga máxima para el sistema sanitario
- Disminuir un tanto el número total de casos
- Ganar tiempo



Se han propuesto diversas medidas (véanse los cuadros de resumen), entre ellas, acciones personales, como lavarse las manos y usar mascarillas, e intervenciones farmacéuticas, como antivirales, vacunas contra la gripe aviar humana (denominadas también vacunas preandémicas) y —en fases avanzadas de la pandemia— vacunas específicas, además de medidas de distanciamiento social. Muchos expertos creen que la combinación de varias de estas medidas serán aún más eficaces que cada una de ellas por separado, lo que se ha denominado «defensa a fondo» o «intervenciones en varios niveles». Tanto los modelos desarrollados como el sentido común indican que las intervenciones precoces serán más eficaces que si se ponen en marcha cuando la pandemia esté muy avanzada.

Cuesta trabajo imaginar que ciertas medidas como las encuadradas en la categoría del distanciamiento social no vayan a tener ningún efecto positivo si reducen la transmisión de una infección respiratoria humana que se contagia de una persona a otra mediante gotículas y por contacto indirecto. Sin embargo, los datos científicos que respaldan cada medida concreta suelen ser poco sólidos. Tampoco está claro de qué modo interaccionarán algunas de ellas. Cabe preguntarse, en concreto, si el efecto de las medidas de distanciamiento social será

acumulativo. En algunos casos, esta falta de claridad obedece a la falta de investigación. Con más frecuencia se debe a que es complicado evaluar las medidas con cualquier método experimental y, cuando se han aplicado en situaciones reales, las medidas se han usado en combinación. En consecuencia, resulta sumamente difícil calcular el efecto positivo absoluto y las ventajas relativas de las distintas medidas. Además, la magnitud del efecto podría variar de forma bastante razonable con las características de la pandemia. Por ejemplo, las intervenciones dirigidas a los niños podrían haber sido bastante eficaces durante la pandemia de 1957, en la que la transmisión en los grupos de edad más jóvenes fue especialmente importante, pero habrían sido menos eficaces durante las pandemias de 1918–19 y 1968. Por tanto, no es posible disponer de planes fijos que se ajusten a todas las pandemias. Asimismo, es de suponer que la eficacia, la viabilidad y los costes de las medidas de distanciamiento social variarán entre los distintos países europeos o incluso dentro de un mismo país (por ejemplo, entre las zonas urbanas con gran densidad de población y las zonas rurales).

La experiencia con otras pandemias anteriores y con episodios relacionados como el SRAG muestra que, hasta cierto punto, las medidas de salud pública se aplican en función de la práctica y las costumbres locales. En los Estados Unidos, las medidas adoptadas durante la pandemia de 1918–19 fueron organizadas y a menudo proactivas, mientras que en Europa, las medidas casi siempre han sido reactivas durante las pandemias y los brotes de SRAG.

Por consiguiente, existen sólidos argumentos a favor de los planes predeterminados (planes que se han evaluado en ejercicios y que se implantan cuando no se dispone de más información). De hecho, la OMS ha publicado directrices a tal efecto y muchos países europeos han desarrollado planes. Sin embargo, teniendo en cuenta los datos anteriores, estos planes deberían ser muy flexibles y tener estructuras de control que permitan la rápida introducción de cambios cuando se disponga de nuevos datos y experiencia.

Todas las medidas de salud pública implican costes y muchas tienen además efectos secundarios. En la mayoría de los casos, estos efectos secundarios pueden ser considerables y muchos han de estudiarse minuciosamente. Las medidas sociales más drásticas que se han propuesto (p. ej., cierre proactivo de colegios y limitaciones de los desplazamientos) implican costes y consecuencias importantes que variarán dependiendo de la situación. Además, estas unidades son difíciles de mantener. Así, en el caso de la gripe estacional normal o de una pandemia leve, la aplicación de estas medidas —especialmente en las fases iniciales— podría ser más perjudicial que las consecuencias de dejar que la infección siga su curso y tratar a las personas afectadas por la forma más grave de la enfermedad.

Algunas de las medidas son relativamente sencillas de aplicar y ya se recomiendan incluso para la gripe estacional leve (p. ej., lavarse las manos a menudo y aislarse enseguida de los demás si se contrae una enfermedad febril). Una ventaja añadida es que atribuyen cierto poder a las personas y les proporcionan consejos útiles en una situación difícil e inquietante. Otras medidas resultan más difíciles de poner en marcha o son demasiado onerosas (p. ej., uso masivo temprano de antivirales por los afectados) y otras podrían ser muy perjudiciales para las funciones sociales y complicadas de mantener (p. ej., cierre de fronteras, restricciones del transporte interno). Todas las medidas requieren, por tanto, planificación, preparación y práctica.

El punto relacionado con las medidas onerosas y perjudiciales es crucial. Durante pandemias de enfermedad de gravedad moderada y un número de casos limitado, como las observadas en 1957 y 1968, algunas posibles medidas poblacionales (cierre proactivo de colegios, trabajo en casa, etc.) pueden ser más costosas y nocivas que los efectos de la propia pandemia, aunque probablemente sirvan para reducir el contagio. Por tanto, las medidas de este tipo sólo tendrán un beneficio neto si se adoptan durante una pandemia grave, por ejemplo, una que provoque índices elevados de hospitalización o que tenga una tasa de letalidad semejante a la registrada durante la gripe de 1918-19.

Por estos motivos, la evaluación temprana de la gravedad clínica de una pandemia en todo el mundo y más concretamente en Europa será fundamental. Aunque es lógico adoptar medidas precoces, la aplicación demasiado temprana de las intervenciones más nocivas será costosa y quizá dificulte su mantenimiento a largo plazo.

Algunos países europeos están estudiando sus opciones en relación con estas medidas. Debido a la diversidad del continente europeo, no existe una única combinación que sea válida para todos los escenarios: no hay una solución universal. No obstante, los debates habituales sobre las medidas resultarán útiles y servirán para lograr un proceso de toma de decisiones más eficiente. Además, algunos países ya han emprendido trabajos científicos relevantes, parte de los cuales se utilizan en este documento y de los que podrían beneficiarse todos los países europeos junto con las aportaciones de otros países.

Objetivo

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas y dado que el cometido del ECDC es proporcionar asesoramiento científico en lugar de ordenar acciones, con este documento se pretende presentar un menú de

posibles medidas, ofreciendo información científica y de salud pública sobre lo que se sabe o puede decirse acerca de su supuesta eficacia, costes (directos e indirectos), aceptabilidad, expectativas públicas y otras consideraciones más prácticas. El objetivo es ayudar a los Estados miembros y a las instituciones de la UE, individual o colectivamente, a decidir las medidas que van a aplicar. Dicho esto, existen algunas medidas que son tan evidentes o tan ineficaces que la simple exposición de la evidencia existente debería contribuir a la adopción de decisiones políticas sencillas.

Público destinatario

Los principales destinatarios son los responsables de la formulación de políticas y de la toma de decisiones, mientras que los destinatarios secundarios son todos los interesados en la gripe, el público y los medios de comunicación. Será fundamental que los medios de comunicación comprendan las medidas y sus limitaciones para poder aplicarlas con éxito durante una pandemia.

Ámbito de aplicación

Este documento se aplicará en Europa en periodos pandémicos de fase 5 ó 6 de la OMS y también cuando exista una epidemia de gripe estacional. No aborda las circunstancias diferentes de la fase 4, las necesidades únicas que supone la detección por primera vez de una supuesta cepa pandémica (la estrategia de contención rápida de la OMS) ni las complejas cuestiones de planificación y programación que se plantean acerca de cómo mantener los servicios esenciales durante una pandemia (la denominada planificación de continuidad de la actividad empresarial en caso de pandemia). En cualquier caso, esto último queda fuera de las competencias del ECDC.

El documento ha de leerse junto con las guías publicadas previamente por el ECDC acerca de medidas de protección personal. Se resumen en el texto y los cuadros. Se han publicado directrices científicas importantes en relación con las vacunas (prepandémicas) contra el virus H5N1 de la gripe aviar humana y se citan a lo largo del texto. Estas directrices han de leerse junto con las directrices publicadas por la OMS en 2005 y con las nuevas Directrices sobre medidas de la OMS (publicadas en 2009).

Esta guía es provisional, ya que se obtendrán más datos de las investigaciones y es posible que se propongan nuevas medidas. Por tanto, el menú seguirá actualizándose periódicamente.

Tablas de resumen Características de las posibles intervenciones para reducir el contagio durante la fase 6 de una pandemia o una epidemia grave de gripe estacional

Viajes internacionales (cierre de fronteras, restricciones de entrada, recomendaciones para viajar)

Intervención	Calidad de las pruebas ¹	Eficacia (beneficios)	Costes directos	Costes indirectos y riesgos ²	Aceptabilidad en Europa	Detalles prácticos y otras cuestiones
1. Recomendaciones para viajar	B	Mínima	Pequeños	Enormes	Buena	Es probable que, de todos modos, los viajes internacionales disminuyan enormemente
2. Cribado a la entrada en el país	B, Bm	Mínima	Grandes	Grandes	Puede ser una medida esperada por la población del país	Es probable que, de todos modos, los viajes internacionales disminuyan

¹ Pruebas de eficacia: A, B y C representan recomendaciones basadas en pruebas muy sólidas, razonables y poco sólidas, respectivamente.

Grado A: revisiones sistemáticas en las que existen varios estudios principales (no basados primordialmente en modelos), estudios epidemiológicos bien diseñados o, especialmente, estudios experimentales (ensayos controlados y aleatorizados).

Grado B: pruebas basadas en estudios epidemiológicos bien diseñados, estudios de observación importantes, estudios experimentales con 5 a 50 sujetos o estudios experimentales con otras limitaciones (por ejemplo, no incluyeron la gripe entre los criterios de valoración). El código Bm indica estudios de modelos, sobre todo, estudios que disponen de datos principales de gran calidad. Por tanto, la calidad puede ser tanto Bm como C.

Grado C: pruebas basadas en casos clínicos, estudios de observación pequeños sin control, estudios más grandes mal fundamentados, aplicación de los conocimientos del mecanismo de transmisión, periodo de contagio, etc. Cm indica estudios de modelos con pocos datos principales o datos de mala calidad.

² A veces se denominan efectos de segundo orden y tercer orden; p. ej., el cierre de fronteras cuyo resultado es la interrupción del comercio y del movimiento de trabajadores y suministros esenciales.

3. Cierre de fronteras o restricciones importantes en los viajes	B, Bm	Mínima, salvo que sea completo	Enormes	Enormes	Variable, pero puede ser una medida esperada por parte de la población del país	Es probable que, de todos modos, los viajes internacionales disminuyan
---	-------	--------------------------------	---------	---------	---	--

Medidas de protección personal

Intervención	Calidad de las pruebas	Eficacia (beneficios)	Costes directos	Costes indirectos y riesgos	Aceptabilidad en Europa	Detalles prácticos y otras cuestiones
4. Lavado de manos frecuente	B	Probablemente e reduzca el contagio	Pequeños	Nulos	Buena, pero se desconoce el cumplimiento	Moderados ³
5. Medidas de higiene respiratoria (uso de pañuelos desechables)	B	No se conoce, pero se acepta universalmente	Pequeños	Pequeños	Buena, pero se desconoce el cumplimiento	Sin importancia
6. Uso generalizado de mascarilla fuera de casa	C, Cm	No se conoce	Enormes	Pequeños	No se conoce, pero en la mayoría de los países apenas se usa la mascarilla	Masivos; problemas de formación, suministro y tipos de mascarilla, eliminación y residuos. Posibles efectos nocivos derivados de un uso incorrecto y repetido
7. Uso de mascarilla en centros sanitarios⁴	C	No se conoce	Moderados	Pequeños	En general, esta práctica ya está extendida	Moderados; problemas de formación, definición de situaciones de alto riesgo, suministro y tipos de mascarilla, especialmente respiradores
8. Uso de mascarilla en otras situaciones de alto riesgo⁵	C	No se conoce	Moderados	Pequeños	No se conoce, pero es conveniente	Moderados; problemas de formación, definición de situaciones de alto riesgo, suministro y tipos de mascarilla
9. Uso de mascarilla por personas con infecciones respiratorias	C	No se conoce, pero se acepta universalmente	Moderados	Puede permitir que las personas enfermas y en periodo de contagio sigan en contacto con los demás sin contagiarles	No se conoce, pero es conveniente. Amplía las recomendaciones actuales para los hospitales a las casas y los lugares públicos.	Problemas para definir quiénes deben usar y suministrar las mascarillas. Cumplimiento de las personas con problemas para respirar causados por una infección.
10. Auto-Aislamiento de los afectados⁶	C	No se conoce, pero se acepta universalmente	Moderados	Moderados ⁷ . Aumento del riesgo para los cuidadores e imposibilidad de ir a trabajar	Ya es una recomendación habitual en muchos países	Necesidad de impartir formación y equipar a los cuidadores, que estarán en riesgo. Problema con la compensación por pérdida de salario y aceptación de los empresarios
11. Cuarentena⁸	C	No se conoce	Enormes	Enormes debido a la pérdida de productividad	No está clara	Es muy difícil bodeque funcione con equidad; problemas con la compensación por pérdida de salario

³ Es necesario poner los medios para que el lavado frecuente de las manos sea posible en situaciones cotidianas, p. ej., en lugares públicos, tiendas de comida rápida, etc.

⁴ Personas que tienen contacto directo con otras muchas personas.

⁵ Personas que tienen contacto directo con otras muchas personas en lugares atestados durante los desplazamientos.

⁶ Normalmente en el domicilio de una persona que empieza a encontrarse mal y tiene fiebre.

⁷ La persona necesita atención a domicilio y ni ella ni sus cuidadores pueden ir a trabajar.

⁸ Aislamiento en casa durante unos días de personas aparentemente sanas que pueden haber estado expuestas a una infección.

Medidas de distanciamiento social

Intervención	Calidad de las pruebas	Eficacia (beneficios)	Costes directos	Costes indirectos y riesgos	Aceptabilidad en Europa	Detalles prácticos
12. Restricciones de viajes internos	Cm, C	El posible efecto será un ligero retraso	Importantes	Enormes, entre ellos, alteraciones sociales ⁹	No se conoce	Amenaza para las funciones esenciales. Problema de responsabilidad y base legal ¹⁰
13. Cierre reactivo de colegios	Bm, C	Puede tener un efecto mayor que otras medidas de distanciamiento social	Moderados	Enormes porque alguien tendría que cuidar a los niños en casa ¹¹	No se conoce; no suele suceder en Europa	Los niños que no van al colegio tienen que mantenerse alejados de otros niños. Problema de responsabilidad y base legal ^{10,12} . Dificultades con el momento del cierre, la sostenibilidad y la reapertura de los centros
14. Cierre proactivo de colegios	Bm, C	Puede tener un efecto mayor que otras medidas de distanciamiento social y ser más eficaz que el cierre reactivo	Moderados	Igual que arriba ¹¹	Igual que arriba	Igual que arriba, pero aún más dificultades con el momento del cierre (puede ser demasiado temprano), la sostenibilidad y la reapertura de los centros ^{10,12}
15. Cierre reactivo del lugar de trabajo	Cm	No se conoce ⁹	Importantes	Importantes	No se conoce; el aspecto de la compensación es crucial ¹⁰	Problemas de responsabilidad, compensación y base legal; también de sostenibilidad y reapertura. No es posible para las funciones esenciales ¹³
16. Trabajo en casa y reducción de las reuniones	Cm, C	No se conoce	Moderados	Moderados	Es probable que sea aceptable	Menos posible para las funciones esenciales ¹³
17. Cancelación de reuniones públicas, eventos internacionales, etc.	C	No se conoce	Enormes ¹⁰	Enormes ¹⁰	Probablemente dependa de las cuestiones de compensación y de si hay un seguro ⁹ . Puede ser una medida esperada por el público	Problema de responsabilidad y apoyo legal. Dificultad para definir lo que constituye una reunión pública o un evento internacional y el momento para levantar la prohibición

⁹ Una ventaja de esta intervención y de algunas otras reside en que adelanta de manera planificada una situación que probablemente sucederá más tarde o más temprano.

¹⁰ Se plantea quién se encargará de las compensaciones si se producen pérdidas económicas por culpa de la acción pública (gubernamental).

¹¹ El niño necesita una persona que le cuide y sus cuidadores no pueden ir a trabajar.

¹² Las intervenciones dirigidas a los niños suelen partir de la premisa de que los niños desempeñan un papel especialmente importante en el contagio, pero no siempre es así en las pandemias.

¹³ Existe un complejo proceso para diferenciar cuáles son y cuáles no son *funciones esenciales*, lo que supone un aspecto importante, pero no entra en el ámbito de este documento.

Uso de antivirales: tratamiento precoz

Intervención	Calidad de las pruebas	Eficacia (beneficios)	Costes directos	Costes indirectos y riesgos	Aceptabilidad en Europa	Detalles prácticos
18. Todas las personas con síntomas	A (únicamente contagio y duración de la enfermedad), Bm	Se espera que sea moderada, pero las pruebas son poco sólidas ¹⁴	Enormes	Moderados	Medida esperada por el público en casi todos los países	Costes logísticos considerables y dificultades para decidir quién tiene gripe, para distribuir a tiempo los productos a todos aquellos que podrían beneficiarse (en menos de 24 ó 48 horas) y para repartir equitativamente las existencias ¹⁵
19. Profesionales sanitarios y asistentes sociales o trabajadores expuestos	A	Pequeña ¹⁵	Importantes	Pequeños	Se considera parte de la protección del personal y es importante para que el personal siga trabajando	Dificultad para definir quiénes son profesionales sanitarios o trabajadores expuestos ¹⁵

Uso de antivirales: profilaxis después de un caso

Intervención	Calidad de las pruebas	Eficacia (beneficios)	Costes directos	Costes indirectos y riesgos	Aceptabilidad en Europa	Detalles prácticos
20. Familia	B, Bm	Moderada	Enormes	Moderados	Probablemente aceptable	Dificultades con la detección de casos, definición de familias, velocidad del suministro, seguridad y distribución de las reservas ¹⁶
21. Familiares y contactos sociales	B, Bm	Moderada	Enormes+	Moderados	No se conoce, pero habría problemas con personas a las que aparentemente se les niega el tratamiento	Como arriba, con problemas para fijar los límites del grupo
22. Familiares y contactos geográficos	B, Bm	Moderada	Enormes+	Moderados	No se conoce, pero habría problemas con personas a las que aparentemente se les niega el tratamiento	Como arriba, con aún más problemas para fijar los límites del grupo

¹⁴ Los datos obtenidos en los ensayos muestran que, en la gripe estacional, el tratamiento temprano acorta uno o dos días la duración de la enfermedad y también reduce el contagio. Los cálculos del efecto positivo para la hospitalización y la mortalidad se basan en observaciones y son escasos y mucho menos sólidos.

¹⁵ Se plantea una serie de importantes problemas prácticos, como decidir quién tiene gripe, cómo distribuir los antivirales, etc.

¹⁶ Es necesario considerar cómo investigar de forma rápida y eficaz los informes iniciales de los posibles efectos secundarios.

Uso de antivirales: profilaxis continua

Intervención	Calidad de las pruebas	Eficacia (beneficios)	Costes directos	Costes indirectos y riesgos	Aceptabilidad en Europa	Detalles prácticos
23. Profesionales sanitarios y asistentes sociales o trabajadores clave	C	Moderada	Enormes	Moderados	No está clara; los profesionales sanitarios pueden no usarlos en absoluto o no mantener su uso	Dificultad para definir quiénes son profesionales sanitarios o trabajadores clave. No se sabe cuánto tiempo pueden seguir ofreciéndose antivirales

Vacunas: vacuna contra la gripe aviar humana¹⁶

Intervención	Calidad de las pruebas	Eficacia (beneficios)	Costes directos	Costes indirectos y riesgos	Aceptabilidad en Europa	Detalles prácticos
24. Población general	B, Bm	No está clara; depende del tipo de antígeno de la pandemia ¹⁷	Enormes	Importantes ^{16, 18}	No se conoce ¹⁹	Problemas acerca de los grupos que deben tener preferencia
25. Profesionales sanitarios y asistentes sociales o trabajadores clave	B, Bm	Igual que arriba	Enormes	Igual que arriba	Como arriba; además, no está claro si estos grupos lo aceptarán	Dificultad para definir quiénes son profesionales sanitarios o trabajadores clave.
26. Vacunación primero de los niños	B, Bm	Igual que arriba	Enormes	Igual que arriba	No está claro si los padres lo aceptarán, sobre todo si la enfermedad es más leve en los niños y los beneficiados son otros. No se ha demostrado el perfil de seguridad ²⁰ .	Requiere planificación de antemano

Vacunas: vacuna antipandémica específica

Intervención	Calidad de las pruebas	Eficacia (beneficios)	Costes directos	Costes indirectos y riesgos	Aceptabilidad en Europa	Detalles prácticos
27. Vacunas antipandémicas	B, Bm	Mínima en la primera fase	Enormes y se requiere inversión previa	Pequeños	Probablemente muy aceptable ²⁰	Dificultad para decidir sobre los grupos prioritarios iniciales ¹⁶

¹⁷ Se supone que la próxima pandemia se basará en el antígeno H5. Las respuestas serológicas experimentales permiten inferir ciertos beneficios, pero los datos son meramente observacionales y no es posible probar los efectos contra la cepa pandémica antes del comienzo de la transmisión; además, los ensayos de fase 3 podrían considerarse poco éticos.

¹⁸ Riesgo económico si la próxima pandemia está causada por una cepa antigénica distinta a la cepa actual muy patógena de la gripe aviar (A/H5).

¹⁹ No se ha intentado nunca en ningún país ofrecer a la población una vacuna con una supuesta eficacia tan baja, por lo que hay importantes retos para la comunicación.

²⁰ Es necesario considerar cómo investigar de forma rápida y eficaz los informes iniciales de los posibles efectos secundarios.

4. Serie sobre la salud de los inmigrantes: acceso de las poblaciones de inmigrantes a la prevención, tratamiento y asistencia del VIH en los países de la UE/EEE

(Publicado en julio de 2009)

En este informe se resumen los resultados de un estudio sobre el acceso a la prevención, el tratamiento y la asistencia del VIH entre los inmigrantes de la Unión Europea (UE) que se realizó entre mayo y septiembre de 2008. El estudio fue encargado por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) para su inclusión en una serie más amplia de informes sobre la inmigración y las enfermedades infecciosas en la UE.

A partir de la información recogida en una encuesta realizada en los 27 Estados miembros de la UE y tres países del Espacio Económico Europeo (EEE) y en una minuciosa revisión bibliográfica, este informe pretende describir en líneas generales la situación y los datos disponibles actualmente con miras al desarrollo de políticas, actuaciones y servicios que permitan una mejora del acceso de las poblaciones inmigrantes a los servicios en materia de VIH. Aproximadamente dos tercios de los encuestados eran representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG) y el otro tercio, representantes de organismos públicos. Por consiguiente, los datos y las medidas propuestas no representan necesariamente las opiniones de los gobiernos de los países de la UE.

En el primer apartado se describen brevemente los antecedentes y la metodología del estudio. En el segundo apartado se destacan las conclusiones más importantes sobre los inmigrantes y el VIH, prestándose atención a los factores que aumentan la vulnerabilidad ante el virus de estos colectivos y les impiden acceder a servicios de prevención, tratamiento y asistencia, así como a la respuesta que ofrecen la UE y los Estados miembros a sus necesidades en relación con el VIH. En el tercer apartado se examina el camino emprendido y se resumen los retos y las medidas propuestas por los encuestados para mejorar el acceso de los inmigrantes de la UE a los servicios en materia de VIH. A continuación se resumen las conclusiones principales, los retos y las medidas propuestas.

Conclusiones principales

- La UE ha adoptado importantes medidas para abordar el tema de la migración y la salud en general y la migración y el VIH en particular. La *Declaración de Dublín sobre la cooperación para combatir el VIH/sida en Europa y Asia central*, adoptada en 2004, y otras declaraciones posteriores sitúan el VIH en un lugar preferente de la agenda europea. La Conferencia de Lisboa de 2007 y otras reuniones e informes posteriores destacaron el problema de la inmigración, la salud y el VIH. Esas declaraciones y reuniones han influido en el compromiso político de la UE, tal como se refleja en una serie de instrumentos políticos y jurídicos dirigidos a garantizar el acceso de los inmigrantes a la asistencia sanitaria, incluidos los servicios de prevención, tratamiento y asistencia del VIH. No obstante, en los Estados miembros se observa una gran diversidad tanto el marco de las políticas adoptadas como en el de la normativa en vigor.
- Las poblaciones de inmigrantes más relevantes desde el punto de vista del VIH son las que proceden del África subsahariana, de Europa oriental y, en algunos países europeos concretos, de América Latina y el Caribe. Los subgrupos de población más importantes incluyen los solicitantes de asilo y refugiados, los inmigrantes sin papeles, los trabajadores sexuales y los varones que mantienen relaciones homosexuales. Los factores más comunes que contribuyen a la vulnerabilidad de los inmigrantes al VIH son las barreras idiomáticas, la marginación y exclusión sociales y los obstáculos jurídicos. También se mencionaron en la encuesta las actitudes culturales, la religión, el temor a la discriminación y el escaso conocimiento del VIH en las comunidades de inmigrantes.
- Los factores que impiden el acceso de los inmigrantes a los servicios están ligados a las políticas adoptadas, a la normativa en vigor, a la prestación de servicios, a las propias comunidades de inmigrantes y a la sociedad en general. Se señaló que las políticas de dispersión de inmigrantes dentro de un país limitan el acceso a los servicios de prevención y tratamiento. El obstáculo de tipo jurídico mencionado con más frecuencia, en especial en los nuevos Estados miembros de la UE, es la situación legal de los inmigrantes que no disponen de permiso de residencia ni de seguro médico. En relación con los tres tipos de servicios, las barreras más a menudo mencionadas son la falta de información sensible a las diferencias culturales y expresada en las lenguas necesarias, la falta de profesionales capacitados y la falta de

servicios adaptados a las necesidades específicas de los inmigrantes. Dentro de las propias comunidades de inmigrantes, los factores que impiden el acceso a los servicios son la cultura, la religión, el miedo a la discriminación y el escaso conocimiento de los servicios disponibles. A escala de la sociedad en general, la estigmatización y la discriminación de los inmigrantes impiden el acceso, en especial, a los servicios de prevención y asistencia; se mencionaron como obstáculo concreto las circunstancias sociales de los inmigrantes.

- Casi todos los países informaron de la existencia de actuaciones en materia de VIH en favor de las comunidades y subgrupos de población de inmigrantes. En algunos países, sobre todo los que tienen una larga tradición en la acogida de inmigrantes, se ofrecen una amplia variedad de servicios a través de organismos públicos, ONGs y organizaciones sociales. En otros, los servicios son mínimos o incluso inexistentes. Las comunidades de inmigrantes participan en la aplicación de esas actuaciones en la mayoría de los países, aunque su participación en la toma de decisiones en materia de políticas es mínima, con algunas notables excepciones. Pese a todo, los encuestados señalaron que la cuestión de la inmigración y el VIH gozaba de una baja prioridad en gran parte de los 30 países participantes. Se le concede mayor prioridad en los países en los que la prevalencia del VIH en las poblaciones inmigrantes es relativamente alta.

Retos principales

- El marco de las políticas adoptadas y el de la normativa en vigor representan un reto para la prestación de servicios relacionados con el VIH a los inmigrantes. Las incongruencias entre la política sanitaria y la política de inmigración son contraproducentes para la salud pública. El acceso de los inmigrantes sin papeles y sin seguro al tratamiento del VIH constituye un importante motivo de preocupación. Relacionado con él está el reto que plantea la falta de un marco jurídico claro y coherente que contemple los derechos de los inmigrantes en materia de asistencia sanitaria.
- Otro reto es el planteado por las lagunas de información. Los métodos de recogida de datos no están normalizados en los diferentes países, por lo que es complicado comparar la situación de los inmigrantes dentro de la UE. Pese a las numerosas investigaciones realizadas, todavía existen lagunas de información, por ejemplo, sobre la inmigración y el VIH en los nuevos Estados miembros de la UE; sobre las conductas de riesgo para el VIH, la salud y las necesidades de los inmigrantes relacionadas con el VIH, y sobre las consecuencias de la cultura y la religión en las creencias o actitudes ante la salud y en la costumbre de solicitar asistencia médica en las comunidades inmigrantes.
- En relación con la prestación de servicios, aún es necesario derribar barreras jurídicas, administrativas y culturales en algunos países. Hay que garantizar asimismo que las actuaciones de prevención y asistencia impulsadas por los organismos públicos y las ONG reciban financiación suficiente y sostenible.
- Otro reto es el consistente en la adopción de una actuación integral para desterrar la actitud negativa de la sociedad ante los inmigrantes, empeorada por las noticias negativas recogidas por los medios de comunicación, y en la aplicación de iniciativas dirigidas a satisfacer las necesidades sociales, económicas y jurídicas más amplias de los inmigrantes, ya que ambas cosas requieren la colaboración entre responsables de la formulación de políticas, profesionales sanitarios, profesionales de la asistencia social y la sociedad civil.

Principales medidas propuestas

- Es necesario fijar una definición de «inmigrante» común en toda la UE para poder recopilar datos de vigilancia exactos y comparables y desarrollar políticas y actuaciones uniformes y adecuadas. Los encuestados propusieron asimismo la adopción de medidas específicas, a escala tanto europea como nacional, en los ámbitos de las políticas, la financiación, la investigación, la creación de redes y la prestación de servicios.
- Una de las prioridades propuestas a escala nacional y europea fue la creación de un marco político y normativo claro para proteger los derechos de los inmigrantes a la asistencia del VIH, en especial, de los que no tienen papeles ni seguro. Otras medidas que se propusieron fueron la resolución de las incongruencias entre las políticas, la sensibilización a los responsables de la formulación de políticas respecto a los problemas relacionados con el VIH y la inmigración, y el aumento de la participación de las comunidades de inmigrantes en los procesos de adopción de las políticas. La financiación de redes y proyectos europeos dedicados a la inmigración y el VIH, y de ONGs que presten servicios relacionados con el VIH a las poblaciones de inmigrantes fue otra de las medidas prioritarias que se destacaron.

- Se propusieron varios campos de investigación. A escala europea, se propuso la realización de estudios para ampliar los conocimientos sobre los flujos de migración, sobre los efectos de las leyes y políticas europeas en el acceso al tratamiento y en las evaluaciones de los costes y beneficios del acceso universal al tratamiento, y sobre la repercusión de las intervenciones. A escala europea, se propuso la mejora de los datos epidemiológicos, la profundización del conocimiento de las comunidades inmigrantes —incluidos sus conocimientos, actitudes y conductas relacionados con el VIH y la importancia de la cultura y la religión— y el análisis tanto de los efectos de la normativa en vigor como de la eficacia de las actuaciones a favor de las poblaciones inmigrantes.
- Las medidas prioritarias en relación con la creación de redes comprenden el apoyo de la UE a una red paneuropea de organizaciones dedicadas a la inmigración y al VIH y a otros mecanismos para compartir recursos, experiencia y buenas prácticas, así como el estrechamiento de los vínculos y de la cooperación entre las asociaciones de profesionales sanitarios y de profesionales de la asistencia social, las organizaciones de inmigrantes y las organizaciones de defensa de los derechos humanos a escala europea y nacional.
- En lo que respecta a la prestación de servicios, la mayoría de los encuestados destacaron la necesidad de disponer de materiales y actuaciones culturalmente apropiados, de una formación correspondiente de los profesionales sanitarios y los profesionales de la asistencia social, y de una mayor participación de las comunidades de inmigrantes en la prestación de servicios en sí. Para mejorar la cobertura y la aceptación de los servicios, se propusieron el ofrecimiento de la prueba del VIH, por ejemplo, mediante la organización de campañas de promoción, y el acceso integral a servicios de tratamiento y asistencia, junto con un mayor esfuerzo para informar a los comunidades inmigrantes de los servicios disponibles.

5. Serie sobre la salud de los inmigrantes: epidemiología del VIH y el sida en comunidades de inmigrantes y minorías étnicas en países de la UE/EEE

(Publicado en julio de 2009)

Antecedentes, justificación y objetivo

La pandemia mundial del VIH y el sida refleja las importantes desigualdades socioeconómicas y sanitarias entre los países industrializados y no industrializados. ONUSIDA calcula que en 2007 había 33 millones de personas afectadas por el VIH/sida (PAVS); más del 96% de las nuevas infecciones por el VIH se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Del total de PAVS, 22,5 millones viven en el África subsahariana (ASS), donde la prevalencia del VIH en los adultos es del 5%, cifra considerablemente mayor que el 0,8% estimado para todo el mundo. El Caribe, con una prevalencia del 1%, es la segunda región más afectada y Europa oriental, con una prevalencia del 0,9%, ocupar el tercer lugar.

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en 2006 había aproximadamente 192 millones de emigrantes internacionales (el 3% de la población mundial), de los cuales 95 millones eran mujeres. Las Naciones Unidas definen al emigrante internacional como cualquier persona que cambia de país de residencia habitual. El motivo más habitual para emigrar es conseguir una mejora de la situación económica; por eso, la mayoría de los emigrantes proceden de países en desarrollo y viajan a otros desarrollados. Los países en los que se originó el mayor número de emigrantes en 2006 fueron China, la India y Filipinas, mientras que EE.UU., Rusia, Alemania, Ucrania y Francia fueron los cinco países que recibieron más inmigrantes. La UE, una de las regiones más ricas del mundo, ha recibido 64 millones de inmigrantes (8,8%), de origen sumamente diverso en cada país. Además, la UE está orgullosa de ser una de las regiones del mundo con más tradición en el respeto de los derechos humanos más longeva. Sin embargo, al igual que sucede en otras muchas regiones del mundo, los inmigrantes que viven en la UE se enfrentan a graves problemas de integración. La emigración y la exclusión social hacen a los inmigrantes muy vulnerables al VIH/sida y a otras complicaciones relacionadas.

La epidemia del VIH representa un importante problema de salud pública en la UE; el número de infecciones por el VIH no ha dejado de crecer desde que se pusieron en marcha los mecanismos de notificación de casos de VIH en torno a 1999. La vía de contagio predominante es el contacto heterosexual (53% de las nuevas infecciones por el VIH declaradas en 2006), seguido del contacto entre varones que mantienen relaciones homosexuales (VMRH) (37%) y de los usuarios de drogas inyectables (CDI) (9%). Cabe destacar que en 2006 se declararon 204 casos de infección por el VIH por transmisión maternofamiliar (TMF). Es preciso vigilar las desigualdades sanitarias, incluidas las sufridas por el mero hecho de ser inmigrante, para preparar respuestas adecuadas. El antiguo EuroVIH recopila desde el año 2000 información sobre el origen geográfico de los casos. Un porcentaje notable y creciente de los casos de sida e infección por el VIH contraídos en relaciones heterosexuales afectan a personas que proceden de una región geográfica diferente del país en que se notifica, principalmente, del África subsahariana. Sin embargo, es posible que haya otros grupos de inmigrantes afectados desproporcionadamente por el VIH/sida, aunque no se dispone de datos al respecto. La contribución absoluta y relativa de los inmigrantes a las epidemias nacionales del VIH es heterogénea en toda la UE y depende de los flujos migratorios, del pasado colonial, de la situación de la epidemia del VIH en los países de origen y de destino y de las respuestas sanitarias y sociales. En el momento en que se declaró la epidemia, se hizo patente que una de las cuestiones más acuciantes era velar por los derechos de las personas afectadas por el VIH/sida; los elementos clave para ello eran indiscutiblemente la ciencia, los derechos humanos y un programa de salud pública.

En 2007 la Presidencia portuguesa de la UE eligió como tema principal el problema de la inmigración y la salud. En las conclusiones del Consejo adoptadas en diciembre de 2007, se apeló al ECDC para que presentara un informe sobre los inmigrantes y las enfermedades infecciosas. En respuesta a este llamamiento, el ECDC puso en marcha una serie de informes que conformarán el Informe del ECDC sobre inmigración y enfermedades infecciosas en la UE. Los objetivos del presente informe, Epidemiología del VIH y el sida en comunidades de inmigrantes y minorías étnicas, fueron determinar la carga de la infección por el VIH para las poblaciones de inmigrantes y su contribución a la epidemiología del virus en el periodo de 1999-2006.

Metodología

Se utilizaron datos del ECDC y del antiguo EuroVIH, globalmente y por países, y se examinaron las cifras absolutas y los porcentajes de casos de SIDA e infección por el VIH por origen geográfico y año (1999-2006),

estratificados por sexo y categoría de contagio. En caso de no disponerse de información en el ECDC, se solicitaba directamente a los informadores principales. El número de inmigrantes censados por sexo y año se obtuvo de bases de datos europeas, de Eurostat y de los institutos nacionales de estadística de cada uno de los países participantes, ya fuera consultando las páginas web correspondientes o escribiéndoles directamente.

Resultados

En 2006 se declararon 6 746 casos de sida en los 27 países de la UE más Noruega e Islandia. El mayor número de inmigrantes se observó en los casos de contagio por contacto heterosexual; de los afectados de origen geográfico conocido, 1 373 (50%) procedían de un país distinto del que declaró el caso, el 77% del África subsahariana. De los 57 casos de sida debidos a transmisión maternofamiliar con origen geográfico conocido, el 23% procedía del África subsahariana. Además, cerca del 20% de los casos de sida entre varones que mantienen relaciones homosexuales afectaban a inmigrantes; las procedencias más frecuentes eran América Latina (106) y otros países de Europa occidental (52). Entre los 1 545 casos en consumidores de drogas inyectables, el 7% eran inmigrantes, en su mayoría de Europa occidental, el norte de África y Oriente Medio. El número de casos de sida en la región ha experimentado un descenso del 42% desde 1999-2006 en los nacidos en países de Europa occidental e inmigrantes procedentes de esta zona. Entre 1999 y 2006 se observó un incremento de casos de sida en los inmigrantes de Europa oriental (del 200%), el África subsahariana (del 89%) y América Latina (del 50%). En la UE, los casos de sida son mucho más frecuentes en los varones que en las mujeres, si bien la diferencia entre ambos sexos está disminuyendo. Aunque las cifras absolutas de varones y mujeres procedentes del África subsahariana en los casos de sida declarados en 2006 fueron de 602 y 623 respectivamente, la proporción fue del 12% y del 33%, respectivamente.

En 2006 se declararon 26 712 infecciones por el VIH en los 27 países de la UE más Noruega e Islandia; en el 29% de los casos no se señaló el origen geográfico. La mayor cifra de inmigrantes, tanto absoluta como relativa, se observó entre los casos de contagio por contacto heterosexual. Entre los afectados de origen geográfico conocido, el 65% de los 8 354 infectados por el VIH procedían de un país diferente del que declaró el caso; la inmensa mayoría (5 046), del África subsahariana. De los 169 casos de infección por el VIH debidos a transmisión maternofamiliar con origen geográfico conocido, el 41% procedía del África subsahariana. Además, el 18% de las 5 048 infecciones por el VIH en varones que mantienen relaciones homosexuales de origen geográfico conocido eran inmigrantes, y las regiones de procedencia más habituales eran América Latina (215) y Europa occidental (247). Entre las 1 950 personas infectadas por el VIH de origen geográfico conocido que eran consumidores de drogas inyectables, el 86% eran autóctonas y el 14% inmigrantes, en su mayor parte de Europa occidental (63) y Europa oriental (64). El número de infecciones por el VIH declaradas en Europa ha experimentado un incremento acusado en 1999-2006, en los nativos y en los inmigrantes. Este aumento ha de interpretarse en el contexto de la implantación de la declaración del VIH en la UE, que todavía no ha concluido.

Las infecciones por el VIH en la UE son en general mucho más frecuentes en los varones que en las mujeres, si bien la proporción entre ambos sexos está disminuyendo. Las cifras absolutas de varones y mujeres del África subsahariana en las infecciones por el VIH declaradas en 2006 fueron de 1 764 y 2 989, respectivamente. Dado que el número total de estas infecciones en los nativos fue de 7 891 en los varones y 2 028 en las mujeres, la proporción entre varones del África subsahariana y nativos fue de 0,1 y entre las mujeres, de 1,5. El número de casos de VIH en mujeres del África subsahariana supera en poco más de 1 000 infecciones el observado en las mujeres nativas, aunque 2 910 infecciones por el VIH en las mujeres tienen un origen geográfico desconocido. El número de mujeres del África subsahariana supera en algo más de 1 000 el de varones de esta región. Después del África subsahariana, el grupo más numeroso de varones procede de Europa occidental (539), seguida de América Latina (456). Los países de origen más habituales entre las mujeres inmigrantes infectadas por el VIH, sin contar el África subsahariana, eran distintos que en los varones, ya que se declararon infecciones en 179 mujeres del Asia suroriental y 161 del Caribe, mientras que las cifras correspondientes a las mujeres de Europa occidental y Oriental fueron de 85 y 111, respectivamente.

La proporción de inmigrantes entre los casos de infección por el VIH es sumamente heterogénea entre los países. En los países que tienen una incidencia del VIH inferior a 20 casos por cada millón de habitantes, sobre todo en Europa central, la contribución de los emigrantes a la epidemia es escasa. En cuanto a los países con una incidencia del VIH de 21-49 casos por millón, sin contar Lituania, la proporción de inmigrantes entre los casos declarados en 2006 supera el 40%. Habida cuenta de las diferencias en el tamaño de las poblaciones, las cifras varían desde las 24 infecciones por VIH diagnosticadas en inmigrantes en Chipre hasta las 258 diagnosticadas en Suecia. En los países con una incidencia del VIH de 50-99 casos por millón, excepto Grecia, la proporción de inmigrantes en las infecciones declaradas es del 40% en los Países Bajos y Alemania, de casi el 60% en Noruega, del 65% aproximadamente en Irlanda y Francia, y del 70% en Bélgica. En los países con una incidencia del VIH de 100-199 casos por millón, estas proporciones son del 30% aproximadamente en Austria, del 71% en el Reino Unido y del 80% en Luxemburgo. En Portugal, el país de la UE con la mayor incidencia de VIH, la proporción de inmigrantes entre los infectados declarados se aproxima al 20%.

En el periodo de 1999–2006 se notificaron 16 222 casos de tuberculosis (TB) como enfermedad definitiva de sida (EDS), de los cuales 8 028 se diagnosticaron en inmigrantes; 3 883 procedían del África subsahariana y 2 684 eran de origen desconocido. La proporción de TB como EDS fue muy heterogénea según el origen geográfico. Las proporciones más bajas se detectaron en los norteamericanos (8%) y los nativos de cada país (16%), mientras que las más altas se observaron en los inmigrantes procedentes del África subsahariana (40%), Europa oriental (40%), Asia suroriental (32%) y América Latina (30%).

De los aproximadamente 495 millones de personas registradas en las oficinas nacionales de población de los 27 países de la UE más Noruega, Islandia y Liechtenstein, alrededor de 32,5 millones (6,5%) están registrados como ciudadanos no nacionales. Se dispone de información de la nacionalidad de estas personas en los 30 países de este estudio, excepto Bulgaria, Estonia, Francia y Luxemburgo. De estos 32,5 millones de inmigrantes censados, la mitad proceden de Europa (6,5 millones de Europa occidental, 7,4 millones de Europa central, 2,3 millones de Europa oriental), seguida de América Latina (2,31 millones) y el Caribe (261 000), Asia meridional y suroriental (2,25 millones), norte de África y Oriente Medio (2,19 millones) y África subsahariana (1,32 millones).

Discusión y limitaciones

Las poblaciones de inmigrantes, en gran parte personas del África subsahariana, representan una proporción considerable y creciente de casos de sida y de infección por el VIH declarados en los 27 países de la UE más Noruega e Islandia durante 1999-2006. Aunque la proporción de inmigrantes del África subsahariana entre los casos de contagio por contacto heterosexual o de transmisión maternofamiliar es muy elevada, un porcentaje notable de los diagnósticos en varones que mantienen relaciones homosexuales también está relacionado con los inmigrantes, procedentes sobre todo de Europa occidental y de América Latina y el Caribe, lo que pone de manifiesto la necesidad de reconocer la diversidad sexual de los inmigrantes afectados por el VIH/sida. La contribución de las poblaciones inmigrantes a la epidemia del VIH y el sida es claramente mayor en el caso de las mujeres, lo que pone de relieve la feminización de la epidemia del VIH/sida entre los inmigrantes de la UE. Los motivos de la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por el VIH son de índole social y biológica. Estas cifras exigen la adopción de medidas a través de políticas nacionales de prevención y tratamiento del VIH específicas para mujeres. La altísima proporción de inmigrantes del África subsahariana en los casos de transmisión maternofamiliar del VIH declarados en la UE está muy ligada a la gran carga de la infección por el VIH en las mujeres de esta región. Aunque la disminución en la UE de las infecciones perinatales por el VIH representa un logro importante en materia de salud pública, aún quedan retos sustanciales, en particular, entre las madres inmigrantes.

Existe una enorme diversidad en la proporción de inmigrantes infectados por el VIH en los diferentes países. Esta proporción es inferior al 10% en los países de Europa oriental y central, mientras que supera el 40% en la mayoría de los países septentrionales. La proporción de inmigrantes entre las personas infectadas por el VIH en la mayoría de los países de Europa occidental se sitúa entre el 20% y el 40%. Esta situación es coherente con las tendencias migratorias, pues los países donde la proporción de inmigrantes entre los casos de VIH es más elevada son también los países donde la proporción de inmigrantes en la población general es más alta, lo que obedece en gran medida al pasado colonial y a los recientes desequilibrios socioeconómicos y demográficos. También hay una proporción importante y preocupante de casos cuyo origen geográfico se desconoce, sobre todo, en el Reino Unido, Francia, Bélgica y Alemania.

Los datos actuales no permiten diferenciar entre las infecciones por el VIH contraídas en la UE o en el extranjero. Otros informes, basados en comparaciones de la duración media de la estancia en Europa con el recuento de linfocitos CD4 cuando se diagnosticó la infección, indican que es probable que la mayoría de las infecciones por el VIH en personas del África subsahariana se produjeran en los países de origen. Sin embargo, también hay pruebas de que las personas del África subsahariana están contrayendo la infección por el VIH en los países de la Unión. En cuanto a los demás orígenes geográficos, apenas se dispone de datos que indiquen dónde se produjo la infección, si bien en el caso de los inmigrantes que consumen drogas inyectables, las pruebas apuntarían al contagio en Europa. Aunque el debate acerca de los países que son el origen probable de la infección es sumamente polémico —ya que, por desgracia, ha suscitado reacciones abiertamente racistas— el conocimiento del lugar donde tiene lugar la infección por el VIH y se desarrolla el sida tiene importantes implicaciones desde una perspectiva de salud pública: puede representar el fracaso de la prevención primaria o secundaria de la infección por el VIH o de ambas.

El diagnóstico tardío constituye un gran problema en la UE y en EE.UU. y los datos señalan que el problema es mayor si cabe para la población inmigrante infectada por el VIH que no procede de países occidentales. El número de casos de sida declarados en la mayoría de los países de la UE ha experimentado un descenso acusado desde mediados del decenio de 1990, que se ha atribuido en gran medida a la repercusión que tuvo en la población el acceso al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). No obstante, este descenso no se observa en la mayor parte de los inmigrantes, lo que refleja el diagnóstico tardío de la infección por el VIH y un

peor acceso y aceptación del TARGA, y puede tener consecuencias negativas en la mortalidad de las personas seropositivas inmigrantes en la UE. Por otra parte, el tratamiento adecuado del VIH es además una estrategia para evitar la transmisión del virus, pues las personas que reciben TARGA tienen menos probabilidades de contagiar la enfermedad. La estrategia de tratamiento y prevención también es aplicable a la tuberculosis, ya que la detección inmediata del VIH reduciría sin duda los casos de esta enfermedad asociados al VIH. Se ha demostrado que el tratamiento de la tuberculosis es equivalente a la prevención de su transmisión y, por tanto, de casos secundarios.

La contribución de los inmigrantes a la epidemiología del VIH en la región tiene que interpretarse con ciertas limitaciones dada la heterogeneidad en la implantación de los sistemas de notificación de infecciones por el VIH y dada la escasa especificación del «origen geográfico» en los Estados miembros de la UE. De hecho, la altísima proporción de valores faltantes en esta categoría es una advertencia para la interpretación de las cifras que exige el refuerzo de la vigilancia del VIH en la UE para garantizar el cumplimiento de las normas de calidad fijadas.

En conclusión, las cifras presentadas en este informe no resultan sorprendentes para los especialistas en la materia, en especial, si se analizan la epidemiología mundial del VIH y los flujos migratorios, factores ambos que dependen en gran medida de las desigualdades del planeta. El control de la epidemia del VIH/sida debería derribar las barreras que impiden la prevención y el tratamiento del VIH en los inmigrantes en la UE. Los datos presentados y analizados en este informe confirman que las medidas de prevención primaria y secundaria del VIH están fracasando y que se necesitan medidas decisivas.

6. Identificación de programas de vigilancia de conductas relacionadas con el VIH y las ITS en Europa

(Publicado en septiembre de 2009)

Antecedentes

Las epidemias atribuibles al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y a otras infecciones de transmisión sexual (ITS) siguen representando un importante problema de salud pública en Europa. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) se creó en 2005 con el objetivo de reforzar la capacidad de la Unión Europea (UE) para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas, entre las que el VIH y otras ITS ocupan un lugar prioritario. La vigilancia es una tarea fundamental en este sentido, y el ECDC tiene autoridad para mantener y coordinar las bases de datos de vigilancia de enfermedades infecciosas en toda la UE. La vigilancia de segunda generación (VSG) es un tipo de vigilancia que combina el seguimiento de indicadores biológicos (casos nuevos de VIH/sida y de ITS) y de indicadores de comportamiento (p. ej., conductas sexuales, uso de la protección). Este enfoque es importante tanto para la formulación de políticas como para la evaluación de sus resultados.

En 2008 el ECDC encargó a un equipo internacional de expertos un análisis minucioso de los programas más recientes de vigilancia de las conductas relacionadas con el VIH y las ITS en los países europeos y una propuesta de un marco para la aplicación de una serie fundamental de indicadores de estas conductas en Europa. En este informe se identifican los sistemas de vigilancia de conductas relacionadas con el VIH y las ITS en los Estados miembros de la UE y en los países de la Asociación Europea de Libre Comercio (AELC). Se analiza la vigilancia en las poblaciones siguientes: población general, jóvenes, consumidores de drogas inyectables (CDI), varones que mantienen relaciones homosexuales (VMRH), personas afectadas por el VIH/sida (PAVS), trabajadores sexuales, pacientes de clínicas de ITS, inmigrantes y minorías étnicas.

Métodos

Se envió una serie de cuestionarios a todos los países de la UE y la AELC integrada por nueve cuestionarios independientes: uno sobre el sistema nacional de vigilancia de conductas y de segunda generación en general y uno para cada población específica. En el cuestionario relativo al sistema de vigilancia en general, se solicitaba información sobre la existencia de estos aspectos y su definición:

- un sistema nacional o regional de vigilancia de conductas;
- el funcionamiento del sistema de segunda generación en el ámbito nacional o regional;
- obstáculos potenciales o reales que impedirían la creación de sistemas de vigilancia de segunda generación sostenibles.

En los cuestionarios para las poblaciones específicas se preguntaba en primer lugar si existía algún sistema de vigilancia para la población en cuestión y después se inquiría si se habían realizado encuestas sobre conductas (u otros tipos de recogida de datos) en las diferentes poblaciones de interés desde 1985; en concreto, se solicitaba información sobre estos aspectos:

- la metodología empleada en cada encuesta o sistema de recogida de datos;
- los principales indicadores seguidos;
- publicaciones relacionadas.

El cuestionario se envió por correo electrónico a los puntos de contacto de los sistemas de vigilancia del VIH en cada país; estas personas tuvieron la posibilidad de pedir a especialistas de ese país que rellenaran el cuestionario específico de la población correspondiente. A continuación, los responsables recogieron los cuestionarios y los devolvieron para que los analizara el equipo de expertos. En el Congreso de Expertos en Vigilancia de Conductas celebrado en Montreux (Suiza) en febrero de 2009, se acordó un informe preliminar que posteriormente se envió para su validación a los puntos de contacto de los sistemas de vigilancia del VIH, que habían cotejado inicialmente los cuestionarios en su país.

Resultados

De los 31 países encuestados, 28 cumplieron y devolvieron los cuestionarios (se abstuvieron Bulgaria, Rumanía y Portugal). La identificación de actividades de vigilancia de conductas en los países de la UE/AELC revela una gran diversidad entre los distintos países en cuanto al nivel de desarrollo de dichas actividades:

15 países indicaron que disponían de un sistema de vigilancia de conductas relacionadas con el VIH/ITS (Bélgica, Chipre, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Letonia, Lituania, Polonia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido) y otro país (los Países Bajos) señaló que contaba con un sistema de vigilancia en varias poblaciones específicas, pero no con un sistema formal a escala nacional.

El grado de formalización de la vigilancia de conductas en un «sistema» es muy desigual entre los países. De los 16 países que afirmaron disponer de sistemas de este tipo, sólo ocho confirmaron la existencia de un documento que describiera el sistema o formalizara su existencia. En muchos de los países que cuentan con un sistema de vigilancia de conductas, éste se ha construido gradualmente, añadiéndose poco a poco nuevas poblaciones, a veces sin un objetivo claro. Además, en muchos países, incluso en aquellos con sistemas formalizados, a menudo no se ha establecido un patrón regular ni una rutina en los periodos de vigilancia en las diversas poblaciones. La organización de la vigilancia de conductas también manifiesta cierta diversidad: en los países con sistemas formales, la organización y la coordinación se basan en el Ministerio de Sanidad, en un organismo sanitario nacional o en una universidad. En los países con sistemas menos formalizados, la coordinación es informal y depende de una red de instituciones: organismos públicos, universidades, organizaciones no gubernamentales (ONG), etc. En cuanto a la idoneidad del sistema (es decir, el tipo de población incluida en la vigilancia), la identificación y vigilancia de las poblaciones de riesgo en muchos casos no se realiza o, de existir, es incompleta. Las poblaciones más encuestadas son la población general y los jóvenes, los varones que mantienen relaciones homosexuales y los consumidores de drogas inyectables. El seguimiento de conductas en trabajadores sexuales y sus clientes, inmigrantes y minorías étnicas, personas afectadas por el VIH/sida y pacientes de clínicas de ITS se realiza únicamente en unos pocos países.

Por lo que se refiere a los sistemas de vigilancia de segunda generación, entre los 16 países que afirmaron contar con estos sistemas, 13 confirmaron además la existencia de VSG y otros dos señalaron que disponen de VSG en una sola población. Seis países tienen un sistema organizado formalmente, con un organismo gestor o coordinador.

Por cada una de las poblaciones estudiadas, los países que facilitaron información sobre sus indicadores de prioridad son menos numerosos que los que señalaron que habían recopilado información sobre los temas correspondientes. Esto se debe probablemente a que sólo los países que operan en el marco de un paradigma de vigilancia han elegido los indicadores específicos que deben recopilarse periódicamente y están en situación de definirlos claramente. En cuanto a los aspectos que se controlan de forma general, el grado de coincidencia en los aspectos prioritarios es bastante alto entre las poblaciones; quizá esto sirva como orientación para elegir los indicadores comunes a los países y las poblaciones encuestados. Dada la enorme diversidad existente, debería continuarse un proceso de armonización de los indicadores específicos para cada población en el ámbito europeo. En aquellas poblaciones en las que se realiza, o podría realizarse, una vigilancia de conductas empleando técnicas de muestreo basadas en servicios o cohortes, deberían mantenerse conversaciones preliminares con las partes interesadas para debatir la creación de un sistema de vigilancia de conductas en estos contextos.

En las regiones europeas donde ya se haya alcanzado un consenso, deberán proponerse indicadores previamente acordados, y los que se elijan deberían ser «traducibles» en indicadores acordados a escala internacional. A partir de los análisis generales, se propone una serie de indicadores fundamentales, comunes a todas las poblaciones. Hacen referencia al número de parejas sexuales, haber usado preservativo en la última relación sexual, haberse realizado una prueba del VIH, haber pagado a cambio de sexo y estar informado sobre el VIH. Los indicadores fundamentales también deberían abordar sistemáticamente el nivel de educación, la nacionalidad u origen étnico y la orientación sexual.

7. El reto de las bacterias: ya es hora de reaccionar (informe técnico conjunto del ECDC y la EMEA)

(Publicado en septiembre de 2009)

Conclusiones principales

Existe un desequilibrio entre la carga de las infecciones causadas por bacterias multirresistentes y el desarrollo de nuevos antibióticos para solucionar el problema.

- La resistencia a los antibióticos es elevada entre las bacterias grampositivas y gramnegativas que causan infecciones graves en los seres humanos alcanzando el 25% o más en varios Estados miembros de la UE.
- La resistencia de ciertas bacterias gramnegativas está aumentando en la UE, como se ha observado recientemente, por ejemplo, con *Escherichia coli*.
- Todos los años fallecen en la UE alrededor de 25 000 pacientes por una infección producida por las bacterias multirresistentes seleccionadas.
- Las infecciones por estas bacterias multirresistentes seleccionadas en la UE originan costes sanitarios adicionales y pérdidas de productividad cifrados en 1 500 millones de euros anuales como mínimo.
- Se están desarrollando quince antibacterianos administrados por vía sistémica que tienen un novedoso mecanismo de acción o que actúan en un objetivo bacteriano diferente y que podrían hacer frente al problema planteado por la resistencia multifarmacológica. La mayoría se encuentran en las fases iniciales de desarrollo y comenzaron a investigarse principalmente para combatir bacterias para las que ya existen otras opciones de tratamiento.
- No existen nuevos medicamentos con objetivos o mecanismos de acción novedosos dirigidos contra bacterias gramnegativas multirresistentes. Se han identificado dos medicamentos de estas características con objetivos nuevos o posiblemente nuevos y con actividad probada; ambos se encuentran en las primeras fases de desarrollo.
- Se necesita urgentemente una estrategia europea y mundial para solucionar este desequilibrio.

En 2007, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la red internacional *Action on Antibiotic Resistance* (ReAct) debatieron la necesidad de documentar el desequilibrio existente entre la frecuencia de las infecciones por bacterias multirresistentes en la UE y el desarrollo de nuevos antibióticos. En consecuencia, se creó un grupo de trabajo conjunto del ECDC/EMA en 2008 para dar cuenta de datos y cifras que permitieran predecir de forma razonable la magnitud del desequilibrio en los años venideros.

Se seleccionaron las bacterias resistentes a los antibióticos citadas a continuación porque son responsables frecuentes de infecciones sanguíneas y porque la resistencia a los antibióticos asociada es, en la mayoría de los casos, un marcador de multirresistencia:

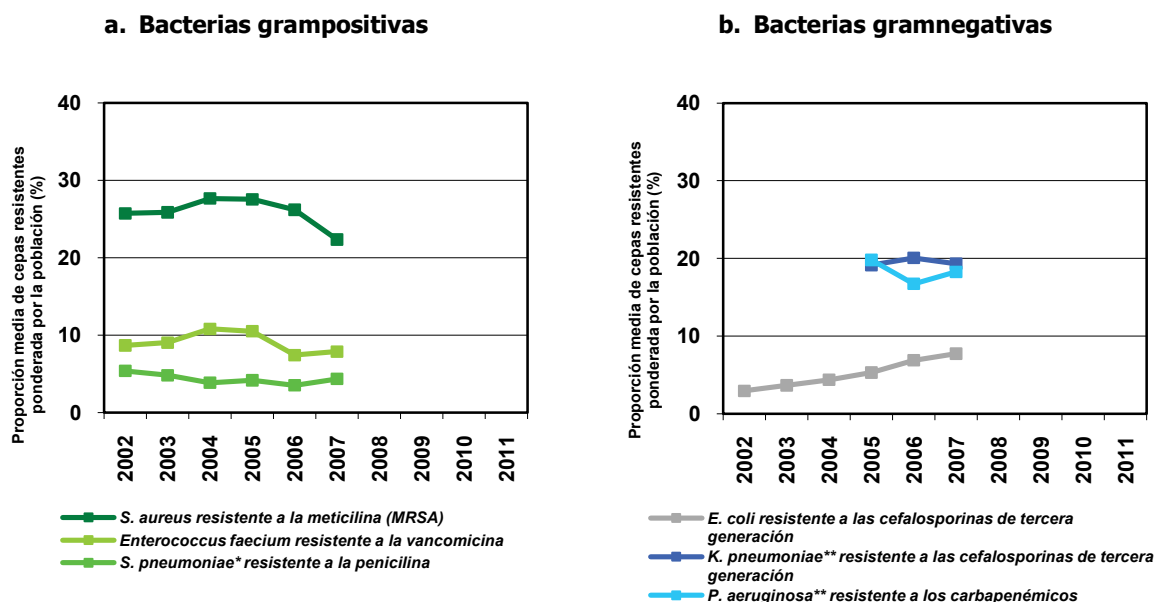
- *Staphylococcus aureus*, resistencia a la meticilina (MRSA);
- *S. aureus*, resistencia intermedia a la vancomicina y resistencia a la vancomicina (SARV/SARV);
- Especies de *Enterococcus* (p. ej., *Enterococcus faecium*), resistencia a la vancomicina (ERV);
- *Streptococcus pneumoniae*, resistencia a la penicilina (SPRP);
- Enterobacterias (p. ej., *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), resistencia a las cefalosporinas de tercera generación;
- Enterobacterias (p. ej., *K. pneumoniae*), resistencia a los carbapenémicos; y
- Bacterias gramnegativas no fermentadoras (p. ej., *Pseudomonas aeruginosa*), resistencia a los carbapenémicos.

Tendencias y carga de las infecciones causadas por bacterias multirresistentes en la UE

Se consultó el Sistema Europeo de Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos (European Antimicrobial Resistance Surveillance System, EARSS) para obtener datos sobre estas bacterias resistentes a los antibióticos seleccionadas causantes de infecciones invasoras (sobre todo de la sangre) en los Estados miembros de la UE, Islandia y Noruega, en cada año del periodo comprendido entre 2002 y 2007.

En la Figura 7.1 se muestran las tendencias en la proporción de cepas resistentes a los antibióticos entre las cepas de bacterias seleccionadas aisladas de la sangre que son responsables frecuentes de infecciones sanguíneas en Europa.

Figura 7.1 Proporción media ponderada por la población de cepas resistentes entre las cepas aisladas de la sangre de bacterias que son responsables frecuentes de infecciones sanguíneas en los Estados miembros de la UE, Islandia y Noruega (2002–2007).



* *S. pneumoniae*: exceptuando Grecia, que no comunicó datos sobre esta bacteria al EARSS.

** *K. pneumoniae* y *P. aeruginosa*: exceptuando Bélgica y Eslovaquia, que no comunicaron datos sobre estas bacterias al EARSS.

En 2007, la proporción media de cepas de *Staphylococcus aureus* aisladas de la sangre que mostraron resistencia a la meticilina (% de MRSA) representó el porcentaje más elevado de cepas resistentes a los antibióticos entre las bacterias seleccionadas que son responsables frecuentes de infecciones sanguíneas en la Unión Europea. Sin embargo, esta proporción ha disminuido en los últimos años (Figura 7.1). Esto se debe a un descenso de las tendencias de MRSA en varios Estados miembros, debido probablemente a los planes de acción a escala nacional, como los documentados en Francia, Eslovenia y el Reino Unido. La proporción media de MRSA ha alcanzado un nivel próximo al de las bacterias gramnegativas resistentes a los antibióticos seleccionadas.

La proporción de cepas de *S. aureus* aisladas de la sangre que mostraron resistencia intermedia a la vancomicina (SAIV) fue muy baja (inferior al 0,1%) en los Estados miembros de la UE, Islandia y Noruega. En 2007 no se notificaron al EARSS cepas de *S. aureus* resistentes a la vancomicina (los datos no se presentan en la Figura 7.1).

En cambio, la proporción media de cepas de *Escherichia coli*—la bacteria gramnegativa más frecuente responsable de infecciones en el ser humano— aisladas de la sangre que muestran resistencia a las cefalosporinas de tercera generación ha experimentado un incremento constante.

Al mismo tiempo, no se ha observado ningún signo de disminución de la resistencia a las cefalosporinas de tercera generación en *Klebsiella pneumoniae* ni a los carbapenémicos en *Pseudomonas aeruginosa* (Figura 7.1).

En 2007 la proporción de cepas de *K. pneumoniae* aisladas de la sangre que mostraron resistencia a los carbapenémicos fue, en general, muy baja (mediana = 0%) en los Estados miembros de la UE, Islandia y Noruega, excepto en Grecia, donde alcanzó un 42% (los datos no se presentan en la Figura 7.1).

La carga humana y económica que representan las bacterias resistentes a los antibióticos sólo pudo calcularse con las siguientes cinco bacterias resistentes: MRSA, *Enterococcus faecium* resistente a la vancomicina, *E. coli* y *K. pneumoniae* resistentes a las cefalosporinas de tercera generación y *P. aeruginosa* resistente a los carbapenémicos.

El estudio confirmó que MRSA era la bacteria multiresistente más frecuente en la Unión Europea. Sin embargo, la suma de casos producidos por las bacterias grampositivas habituales resistentes a los antibióticos (principalmente MRSA y *Enterococcus faecium* resistente a la vancomicina) fue equivalente a la suma de casos debidos a las bacterias gramnegativas habituales resistentes a los antibióticos (*E. coli* y *K. pneumoniae* resistentes a las cefalosporinas de tercera generación y *P. aeruginosa* resistente a los carbapenémicos).

En total, se calculó que en 2007 fallecieron en la Unión Europea, Islandia y Noruega cerca de 25 000 pacientes a causa de una infección provocada por cualquiera de las cinco bacterias resistentes a los antibióticos seleccionadas. Además, las infecciones causadas por cualquiera de estas bacterias dieron lugar aproximadamente a 2,5 millones de días de hospitalización adicionales y a costes hospitalarios adicionales superiores a 900 millones de euros.

Posteriormente se hizo una estimación de la pérdida de productividad como consecuencia de estas infecciones. Según los datos de 2007, se calculó que los costes de la atención ambulatoria ascendieron a unos 10 millones de euros, mientras que las pérdidas de productividad debidas al absentismo laboral de los pacientes infectados se estimaron en más de 150 millones de euros anuales. Se calculó asimismo que las pérdidas de productividad debidas al fallecimiento de los pacientes a causa de la infección fueron de alrededor de 450 millones al año. Los costes para la sociedad de las infecciones provocadas por las bacterias resistentes a los antibióticos seleccionadas se aproximaron en total a los 1 500 millones anuales.

Existen muchos motivos para concluir que estas cifras representan un cálculo demasiado bajo de la carga humana y económica de las infecciones causadas por bacterias resistentes a los antibióticos (p. ej., se incluyó una escasa variedad de bacterias, no se tuvieron en cuenta las infecciones ambulatorias, los costes medios de la atención hospitalaria no contemplaron ciertos tipos de asistencia especial, como los cuidados intensivos).

Proyectos de investigación y desarrollo de antibacterianos

Con el fin de evaluar la situación de los proyectos de investigación de fármacos antibacterianos, se hizo una búsqueda en dos bases de datos comerciales (Adis Insight R&D y Pharmaprojects) para identificar los antibacterianos que se encontraban en fase de desarrollo clínico en todo el mundo. Se decidió no efectuar una exploración minuciosa de fármacos que todavía no se hubieran investigado en ensayos clínicos debido a la elevada tasa de desgaste durante los ensayos preclínicos y a la escasez de datos disponibles.

Cuando fue posible, se evaluó la actividad de los medicamentos identificados en la búsqueda contra las bacterias seleccionadas, basándose en datos reales existentes en las bases de datos o en las publicaciones médicas. Cuando no se disponía de datos reales *in vitro*, los evaluadores tuvieron en cuenta además suposiciones razonables de la actividad de algunos medicamentos basadas en las propiedades de otros fármacos similares (es decir, del mismo grupo o con un mecanismo de acción común) para crear la «situación más favorable».

Asimismo, se pidió a los evaluadores que indicaran, por cada fármaco, si constituía un grupo nuevo o si pertenecía a un grupo de antibióticos ya existente y que señalaran si el medicamento:

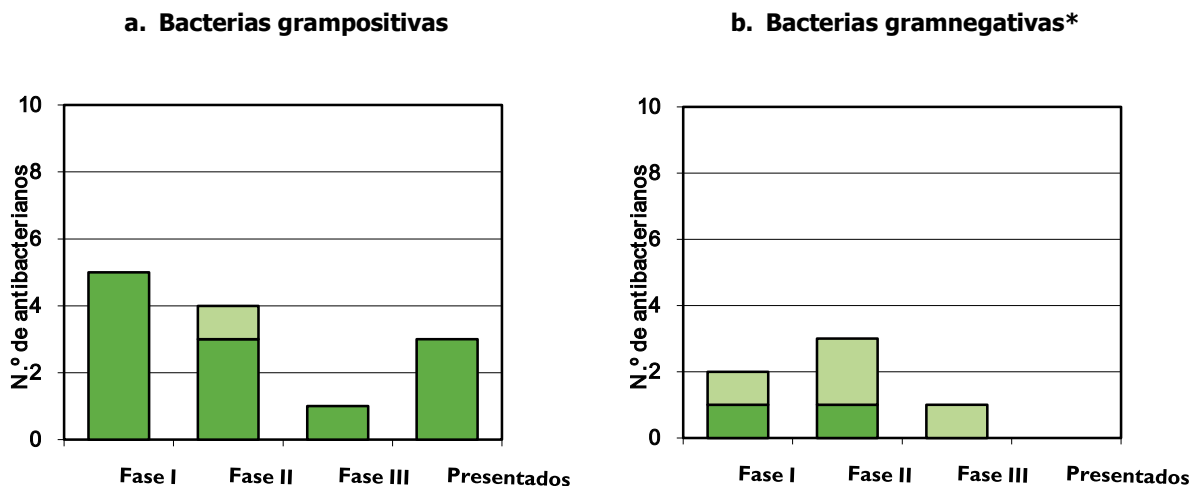
- actuaba sobre el mismo objetivo y con el mismo mecanismo que, como mínimo, un antibacteriano autorizado previamente;
- actuaba a través de un mecanismo de acción conocido sobre un nuevo objetivo; o
- tenía un nuevo mecanismo de acción.

Los resultados principales de este análisis son los siguientes:

- De los 167 fármacos identificados por los evaluadores, 90 antibacterianos tenían actividad *in vitro* contra al menos un microorganismo del grupo de bacterias seleccionadas por su importancia para la salud pública en la situación más favorable (basada en datos reales o supuesta a partir de las propiedades del grupo farmacológico o del mecanismo de acción).
- De estos 90 medicamentos, 24 eran presentaciones nuevas de antibacterianos ya autorizados y 66 eran principios activos nuevos.
- De los 66 fármacos nuevos, sólo 27 demostraron tener un objetivo nuevo o tener un mecanismo de acción novedoso, por lo que ofrecían ventajas sobre los antibióticos existentes.
- De estos 27 medicamentos, 15 podían administrarse por vía sistémica.
- De los 15 antibióticos de administración sistémica, se consideró que ocho tenían actividad contra una de las bacterias gramnegativas seleccionadas como mínimo.
- De los ocho con actividad frente a bacterias gramnegativas, cuatro tenían una actividad basada en datos reales, mientras que en los otros cuatro la actividad se suponía por las propiedades conocidas del grupo farmacológico o los mecanismos de acción.
- De los cuatro con actividad contra bacterias gramnegativas basada en datos reales, dos actuaban sobre objetivos nuevos o posiblemente nuevos y ninguno de ellos tenía un mecanismo de acción novedoso.

En la Figura 7.2 se muestra la información de estos 15 antibacterianos. Cabe destacar que sólo cinco de ellos se estaban investigando en ensayos clínicos para confirmar su eficacia clínica (fase 3 de desarrollo clínico o posterior).

Figura 7.2 Nuevos antibacterianos sistémicos con un nuevo objetivo o un nuevo mecanismo de acción y con actividad *in vitro* confirmada por datos reales (barras oscuras) o con supuesta actividad *in vitro* basada en las propiedades del grupo farmacológico o el mecanismo de acción (barras claras) contra las bacterias seleccionadas (situación más favorable), por fase de desarrollo (n=15).



Nota: La actividad in vitro confirmada por datos reales se muestra en la parte inferior de cada barra en color más oscuro. La supuesta actividad in vitro basada en las propiedades del grupo farmacológico o los mecanismos de acción (si procede) se muestra en un color más claro en la parte superior de cada barra.

** Se han omitido dos carbapenémicos de la Figura 7.2b, ya que no son más activos contra las bacterias gramnegativas que los primeros medicamentos de este grupo. La novedad relativa de estos fármacos se basaba en un perfil de actividad superior contra las bacterias grampositivas resistentes a los antibióticos y, por tanto, se incluyen en la Figura 7.2a.*

La carga de la resistencia bacteriana en la UE ya es sustancial y probablemente seguirá aumentando. Basándose en los datos actuales, se espera que en los próximos años surjan problemas concretos debidos a la resistencia de las bacterias gramnegativas.

Al mismo tiempo, existen muy pocos antibacterianos con mecanismos de acción novedosos en fase de desarrollo que puedan responder al problema planteado por la resistencia multifarmacológica. En concreto, no existen nuevos medicamentos para tratar las infecciones causadas por las bacterias gramnegativas multirresistentes.

Este informe ha identificado un desequilibrio entre la carga de las infecciones causadas por bacterias multirresistentes y el desarrollo de nuevos antibacterianos para solucionar el problema. Se necesita urgentemente una estrategia europea y mundial para solucionar este desequilibrio y es preciso adoptar medidas que fomenten el desarrollo de nuevos medicamentos.

8. Eficacia de las intervenciones conductuales para la prevención del VIH y las ITS en los varones que mantienen relaciones homosexuales en Europa

(Publicado en noviembre de 2009, modificado en diciembre de 2009)

Antecedentes

En ausencia de una vacuna eficaz y de precio razonable, y teniendo en cuenta la naturaleza no curativa de los tratamientos antirretrovirales actuales, la prevención conductual y psicosocial con el objetivo de limitar las conductas sexuales de riesgo sigue siendo fundamental para disminuir el contagio del VIH/ITS por contacto sexual entre los varones que mantienen relaciones homosexuales (VMRH). De cara a adoptar decisiones fundamentadas en relación con la financiación e investigación en materia de prevención, los responsables del desarrollo de programas y formulación de políticas necesitan descripciones de las intervenciones específicas y estimaciones cuantitativas de los efectos de dichas intervenciones, por lo que se precisa un análisis sistemático que actualice la base de conocimientos actuales sobre las intervenciones para la prevención del VIH/ITS centradas en los VMRH en Europa.

Objetivos

Los objetivos fueron resumir y valorar la eficacia de las intervenciones para la prevención del VIH/ITS dirigidas a los VMRH de Europa e identificar en el conjunto de pruebas científicas las características de estas intervenciones que pueden ser eficaces, así como sus posibles deficiencias.

Métodos

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de publicaciones relevantes en ocho bases de datos internacionales y en listas de referencias bibliográficas de artículos importantes y estudios. Los estudios se seleccionaron en función de unos criterios predefinidos y se valoraron para descartar el riesgo de sesgos. Los resultados se resumieron mediante tablas, y se calculó el efecto para las conductas sexuales.

Resultados

Los resultados se extrajeron de los datos de seis estudios controlados, que contaron con un total de 4 111 participantes en cuatro países europeos diferentes. Los resultados revelaron que había un riesgo «alto» o «poco claro» de sesgo en uno o más de los dominios evaluados en todos los estudios. El efecto agrupado de las cuatro intervenciones para las que había datos disponibles indicó una probabilidad algo menor de que los VMRH que participan en alguna iniciativa para la prevención del VIH/ITS comuniquen que han practicado sexo anal sin protección (SASP). El conjunto de pruebas científicas fue insuficiente para examinar las características de las intervenciones que están más estrechamente relacionadas con la magnitud del efecto. Muy pocos participantes en el estudio tenían ascendencia de raza "no blanca" y sólo un estudio usó una determinación biológica de la ITS como índice de variación.

Discusión

Pese a que la epidemia del VIH está muy arraigada, se han realizado contadas evaluaciones de resultados rigurosas para valorar los tipos de intervención conductual en el VIH/ITS dirigidos a los VMRH. Los resultados indican que las intervenciones pueden tener efectos a corto plazo manifestados por reducciones de la proporción de VMRH que practican sexo anal sin protección, pero la escasez de estudios controlados muestra que se necesitan investigaciones en este terreno. La clase científica debería reflexionar sobre la posibilidad de transferir las intervenciones y, a ser posible, llevar a cabo una amplia investigación educativa antes de poner en marcha un nuevo programa.

Conclusión

Apenas existen evaluaciones de resultados de las intervenciones dirigidas a reducir las conductas de riesgo ante el VIH/ITS entre los VMRH en Europa. El diseño de estrategias preventivas del VIH/ITS basadas en la conducta para evitar nuevas infecciones y la evaluación de estos programas de prevención dirigidos a los VMRH son un elemento fundamental de cualquier estrategia exhaustiva para la contención del VIH/ITS en las políticas de prevención y tratamiento.

Informes de directrices

9. Control de las infecciones por clamidias en Europa

(Publicado en junio de 2009)

Por qué las infecciones por clamidias representan un problema de salud pública

Chlamydia trachomatis provoca una de las infecciones bacterianas de transmisión sexual más frecuentes en Europa. Los índices entre los jóvenes sexualmente activos se encuentran a menudo entre el 5% y el 10%. El número de casos diagnosticados está aumentando en muchos países europeos, debido en parte a que se realizan más pruebas de detección y a que se emplean pruebas más sensibles. Algunas personas con infecciones genitales por clamidias pueden presentar síntomas de inflamación del aparato genital, como uretritis y cervicitis, pero la mayoría permanecen asintomáticas. Las infecciones por clamidias, o clamidiasis, representan un importante problema de salud pública porque, si no se tratan, pueden provocar enfermedades inflamatorias pélvicas, disminución de la fecundidad y problemas de reproducción en algunas mujeres. Las clamidiasis también facilitan el contagio del VIH. El coste del tratamiento de la disminución de la fecundidad relacionada con esta infección es elevado, ya que requiere cirugía de trompas y fecundación *in vitro*. Aunque se dispone de tratamientos eficaces y económicos, el control de la clamidiasis supone un reto, pues son muy pocas las personas que tienen síntomas.

Actividades para el control de las infecciones por clamidias en Europa

Un estudio sistemático de las actividades de control de la clamidiasis en 29 países europeos reveló una enorme variación en la organización de estas actividades. Casi la mitad de los países no contaban con ninguna actividad organizada, y únicamente se identificaron programas nacionales de control en dos países.

Aplicación de medidas de control de la clamidiasis

El primer paso para crear un programa de control exhaustivo y eficaz consiste en la adopción de una estrategia para el control de la clamidiasis basada en un amplio proceso de consulta con las principales partes interesadas. Esta estrategia debería tener en cuenta las oportunidades y limitaciones específicas de cada país, así como un análisis de las pruebas que respaldan las intervenciones y medidas incluidas. La estrategia puede basarse en el planteamiento paso a paso que se describe en estas directrices.

Se recomienda este planteamiento paso a paso para garantizar que ya se están aplicando medidas eficaces para la prevención de las ITS y el tratamiento de los pacientes antes de empezar a valorar intervenciones complejas como la detección sistemática.

Los programas de control de la clamidiasis deberían constar de los cuatro niveles siguientes:

- Nivel A, prevención primaria: comprende medidas educativas y de promoción de la salud, programas escolares y distribución de preservativos.
- Nivel B, control de casos: se basa en el nivel A y añade la vigilancia sistemática de casos, servicios eficaces para el diagnóstico de clamidiasis, servicios clínicos y servicios de tratamiento para los pacientes y sus parejas. Cada una de estas medidas exige unas directrices claras basadas en pruebas científicas y revisiones periódicas.
- Nivel C, pruebas ocasionales: se basa en el nivel B y añade la realización de pruebas de detección, que se ofrecerán sistemáticamente a uno o varios grupos de personas determinados que acuden a otros servicios clínicos, con el propósito de detectar nuevos casos, p. ej., identificar a pacientes asintomáticos.
- Nivel D, programa de detección sistemática: se basa en el nivel C y añade la realización organizada de pruebas regulares de detección de clamidiasis para cubrir una proporción sustancial de una población definida con el propósito de reducir la prevalencia de la clamidiasis en la población.

Apenas se dispone de pruebas que corroboren los resultados de los programas de nivel C y D, por lo que, en caso de aplicarse estos programas, habrán de evaluarse minuciosamente para orientar las futuras políticas. En particular, es preciso vigilar y evaluar los resultados de estos programas en el control de la clamidiasis en la población. La introducción de un programa de detección sistemática de clamidiasis merece la misma atención que cualquier otro programa de detección, con una valoración de todos los posibles beneficios, perjuicios y costes.

La financiación y aplicación de estrategias de control de la clamidiasis a escala nacional requiere la dirección y dedicación de los responsables de la formulación de políticas en materia sanitaria. Las estrategias nacionales más adecuadas variarán probablemente en cada país y deberán desarrollarse en colaboración con organizaciones médicas profesionales, proveedores de financiación y profesionales sanitarios y de servicios diagnósticos.

Evaluación de los programas de control de la clamidiasis

El objetivo de los programas de control consiste en reducir la prevalencia de la clamidiasis, pero este aspecto es difícil de controlar, pues requiere estudios de población periódicos. No obstante, existen otros muchos indicadores de eficacia que deberían incorporarse a cualquier programa desde el principio.

En el ámbito nacional, los programas deben controlar los indicadores relacionados con las políticas y directrices, la implantación y los procesos del programa, así como su resultado. Han de basarse en los objetivos específicos adecuados al nivel de aplicación.

Si los países avanzan de un nivel de control al siguiente, tendrán que adoptar decisiones basadas en una valoración rigurosa de las pruebas de eficacia, la rentabilidad y los inconvenientes. Esta valoración resultará más sencilla si los países garantizan una evaluación completa de todas las actividades y comparten los resultados con otros países europeos. De este modo, las inversiones actuales en programas reforzarán la base científica para el control de la clamidiasis y facilitarán la adopción de decisiones en el futuro y mejorarán la salud de la población.

A escala europea, el objetivo debería fijarse en reducir la proporción de países que carecen de actividades organizadas.

Finalidad de este documento

Este documento ofrece orientación a los responsables de la formulación de políticas sanitarias de la Unión Europea acerca de las estrategias nacionales para el control de la clamidiasis. No proporciona directrices clínicas ni diagnósticas específicas, sino un marco para el desarrollo, la aplicación o la mejora de estrategias nacionales dirigidas a prevenir y controlar la clamidiasis. Deberían consultarse las evaluaciones sistemáticas recientes para fundamentar unas directrices detalladas.

Las políticas sanitarias, al igual que las directrices clínicas, deben basarse en las mejores pruebas científicas disponibles. Sin embargo, normalmente hay menos pruebas científicas en las que basar las decisiones políticas. En este documento de orientación pretendemos facilitar el desarrollo de directrices locales basadas en pruebas científicas en el contexto de una estrategia nacional sólida para el control de la clamidiasis. Además de los factores clínicos y epidemiológicos (como la prevalencia de la clamidiasis en la población), estas estrategias deben tener en cuenta los sistemas de asistencia sanitaria locales, la infraestructura y la financiación.

Las directrices han sido elaboradas por un grupo de expertos técnicos utilizando los datos presentados en el informe del ECDC «Review of chlamydia control activities in EU countries» (Revisión de las actividades de control de la infección por clamidia en los países de la UE), un estudio de las actividades de control de la clamidiasis, y otras evaluaciones sistemáticas recientes de las medidas de detección y control de las infecciones por clamidias.

Estas directrices engloban la frecuente infección de transmisión sexual causada por *Chlamydia trachomatis* (serotipos D a K) y no abarcan las infecciones provocadas por *Lymphogranuloma venereum* ni por tracomas.

10. Uso en salud pública de antivirales antigripales durante las pandemias de gripe

(Publicado en junio de 2009, actualizado en agosto de 2009)

Este documento de referencia pretende ser un recurso para los responsables que están desarrollando políticas y prácticas en la Unión Europea, el EEE y la AELC en relación con el uso de antivirales antigripales, sobretudo durante las pandemias de gripe. El documento se basa en pruebas científicas, directrices de la OMS, opiniones de expertos (incluidos los del Foro Consultivo del ECDC) y recomendaciones contenidas en los planes nacionales europeos de preparativos ante una pandemia. Se centra en las opiniones a favor del uso de antivirales en el contexto de una pandemia de gripe.

Las pruebas disponibles sobre la eficacia de los antivirales para el tratamiento o la prevención y, en consecuencia, sobre el uso público durante una pandemia proceden de estudios realizados durante la temporada de la gripe estacional en adultos sanos y, en menor medida, en uno de los grupos de mayor riesgo (los ancianos) y en algunos niños mayores.

Estas pruebas indican que determinados antivirales, en concreto los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir), constituyen un tratamiento beneficioso, ya que acortan la duración de la gripe normalmente en 1 ó 2 días y reducen además las complicaciones y la necesidad de administrar antibióticos a las personas infectadas. Este efecto está limitado por la necesidad de administrar los medicamentos temprano (en las primeras 48 horas tras el comienzo de los síntomas). Asimismo, los estudios observacionales han proporcionado pruebas algo menos sólidas de que estos fármacos podrían disminuir la morbilidad e incluso la mortalidad en los pacientes más enfermos, incluso si se administran pasadas las primeras 48 horas. A menudo se comunican efectos secundarios leves, especialmente náuseas y, en ocasiones, incluso vómitos, con la formulación oral (oseltamivir); por este motivo, el fabricante recomienda tomar el medicamento con las comidas.

Los ensayos en adultos sanos indican que la infección puede evitarse mediante tratamiento preventivo y que el índice de eficacia es del 70% al 90%, siempre que el fármaco se tome de la manera prescrita. Las pruebas que demuestran beneficios para la salud pública en los grupos y situaciones de mayor riesgo son menos convincentes, pero se ha observado una aparente disminución de las infecciones, por ejemplo, durante los brotes de gripe estacional en espacios cerrados, como las residencias de ancianos. Estos datos permiten suponer que estos medicamentos pueden afectar al nivel de contagio del virus y ayudar a impedir la infección.

De forma muy esporádica aparecen espontáneamente virus gripales que tienen resistencia primaria a uno o varios antivirales como consecuencia de una mutación genética y de la readaptación natural del virus. Esto fue lo que sucedió durante la estación de 2007-08 en Europa, cuando surgió un virus gripal que era resistente al oseltamivir. Esto no estuvo relacionado con el uso de antivirales, y esta posibilidad no debería influir en las políticas predeterminadas sobre el uso de antivirales durante una pandemia. Sin embargo, la posibilidad de que aparezca un nuevo virus adaptado que sea resistente al tratamiento antiviral es una preocupación real y puede requerir un cambio rápido de las políticas en materia de antivirales, sobre todo de prevención, si llegara a surgir un virus de este tipo durante una pandemia. Esto no debe confundirse con la resistencia secundaria a los antivirales, que surge con mucha más frecuencia cuando se emplean estos fármacos. El resultado suele ser un virus que no puede contagiarse de una persona a otra, por lo que no constituye un problema de salud pública.

Existen diferentes estrategias para el uso de antivirales que dependen de los objetivos de salud pública generales que deseen alcanzar las autoridades, de la disponibilidad de antivirales y de otras cuestiones prácticas. Estos objetivos pueden incluir el tratamiento de las personas más enfermas, el tratamiento o la protección de las personas con un mayor riesgo, el tratamiento de todos los casos, la reducción del nivel de contagio o la protección de los profesionales sanitarios y otros profesionales importantes. El ECDC ha propuesto una jerarquía de prioridades.

Dado el elevado número de afectados y la posible gravedad de la infección, durante las pandemias se detectan importantes problemas prácticos para cubrir la demanda de antivirales, tanto para el tratamiento de las personas infectadas como la prevención de la infección (profilaxis). Muchos países han acumulado reservas de antivirales para usarlos específicamente durante una pandemia. Las reservas de antivirales en los países europeos varían actualmente desde la cobertura de un pequeño porcentaje de la población hasta más de la mitad de la población. No obstante, aun cuando se disponga de reservas, es casi inevitable que la demanda de antivirales sea mayor que la oferta en una pandemia. Por este motivo, es importante una planificación logística y estratégica avanzada para optimizar la utilidad de las reservas existentes. Un principio general esencial es que la utilidad de las

reservas es limitada si no se dispone de los objetivos acordados, los protocolos y los sistemas de administración y distribución pertinentes.

Por tanto, la determinación de objetivos claros dentro de las actividades de planificación para una pandemia será crucial para lograr el máximo beneficio de las reservas de antivirales. Esta planificación deberá tener en cuenta el volumen total y la disponibilidad de antivirales, la epidemiología subyacente (índices de episodios previstos, etc.), la magnitud y la duración del brote, así como el tamaño de los grupos de población. La elaboración de modelos también puede ser un instrumento de ayuda para extrapolar los efectos de diversas estrategias para el uso de antivirales en una pandemia, si bien no es sencillo preparar modelos. El ECDC, basándose en las pruebas disponibles, propone la siguiente estrategia de asignación de prioridades para el uso de antivirales:

1. **Personas con las formas más graves de enfermedad.** La primera prioridad es tratar a las personas con las formas más graves de gripe, aunque hayan pasado el margen de 48 horas tras el comienzo de los síntomas, periodo en el que se considera que los antivirales son eficaces. No obstante, para estos pacientes es aún más importante que existan reservas suficientes de antibióticos adecuados para el tratamiento de infecciones secundarias y otros medicamentos esenciales.
2. **Personas con el máximo riesgo de contraer una enfermedad grave.** Dentro de este grupo, podría concederse prioridad a los que tengan un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave. En el caso de la gripe estacional, estas personas son aquellas en las que se recomienda la vacunación contra esta enfermedad: ancianos, personas con enfermedades crónicas preexistentes y profesionales sanitarios que están en contacto directo con los pacientes. No obstante, este punto podría tener que modificarse durante una pandemia para reflejar los grupos de mayor riesgo por la cepa pandémica. Cuando convivan el virus pandémico y el estacional, será necesario combinar a los grupos de mayor riesgo para ambos tipos de enfermedad. En algunos países puede ser conveniente valorar la administración de profilaxis en los hogares donde haya personas de mayor riesgo, aunque esta medida sería muy difícil de aplicar.
3. **Todas las personas en la fase inicial de la enfermedad.** Después de los casos más graves, el siguiente grupo prioritario para el uso de antivirales podría ser el formado por personas que acaban de contraer la enfermedad (en las primeras 48 horas tras los síntomas iniciales), ya que estos medicamentos son más eficaces en este periodo.
4. **Uso preventivo.** Los países que dispongan de grandes reservas de antivirales pueden considerar su administración con fines de prevención. Los grupos candidatos son: personas que estén en contacto directo con los pacientes, familiares y trabajadores esenciales para la continuidad de la actividad empresarial. No se recomienda almacenar medicamentos en casa, ya que las reservas son limitadas, aunque es inevitable que algunas personas los soliciten a sus médicos, como ya sucedió con la gripe aviar.
5. Los **profesionales sanitarios** que están en contacto directo con los pacientes representan un caso especial. Han de estar razonablemente protegidos y usar equipos de protección personal. Si se ponen enfermos, deberán recibir antivirales en seguida y no deberán ir a trabajar. Los países que tengan reservas abundantes pueden considerar la profilaxis en determinados grupos de estos trabajadores.

Los aspectos organizativos relacionados con la distribución de los antivirales suponen retos aún mayores. Un problema particular viene dado por las pruebas que indican que el tratamiento antiviral sólo logra sus pocos beneficios si se administra durante las primeras 48 horas tras el comienzo de los síntomas. Este aspecto resulta especialmente crítico durante una pandemia. Por tanto, para que los antivirales sean eficaces en el tratamiento de la infección, es necesario disponer de recursos para desarrollar protocolos y sistemas que garanticen su distribución y administración inmediatas.

El trabajo que han realizado el ECDC y la Oficina Regional para Europa de la OMS con los Estados miembros ha puesto de relieve la necesidad de anticiparse a la pandemia y de valorar detenidamente los aspectos operativos citados a continuación relacionados con la distribución y la gestión de las reservas nacionales de antivirales y otros productos estratégicos:

1. En la fase inicial de una pandemia, decidir si la gravedad de la infección a nivel de los pacientes es suficiente para ofrecer antivirales a todas las personas que tengan síntomas o incluso para intentar retrasar o contener la enfermedad.
2. Garantizar que los médicos siempre tengan antivirales disponibles para tratar a los pacientes más enfermos.
3. Ser capaz de distribuir cuanto antes los antivirales a las personas que más los necesitan, pues para que sean eficaces, tienen que administrarse en las primeras 48 horas tras el comienzo de los síntomas.
4. Identificar los grupos principales que deben recibir antivirales de forma prioritaria, basándose en criterios previamente acordados (posición predeterminada).

5. Ser capaz de cambiar las prioridades si se observa que los grupos de mayor riesgo no son los previstos a partir de la experiencia con la gripe estacional.
6. Garantizar que las zonas que resultan afectadas en primer lugar no agotan las reservas nacionales y ser capaz de trasladar los recursos por todo el país.
7. Tener una posición clara ante los ciudadanos que intentan acumular medicamentos y ante las empresas que desean proteger a su personal.
8. Controlar la aparición de resistencia a los antivirales, sobre todo de resistencia primaria, y ser capaz de cambiar las estrategias nacionales de tratamiento cuando parezca que vayan a agotarse las reservas o cuando surja resistencia a los antivirales (en especial si los medicamentos se están usando como prevención).
9. Evitar estorbar a los servicios de atención primaria sobrecargados obligándoles a distribuir antivirales a personas con malestar leve o moderado cuando están realmente ocupados tratando a personas más enfermas. Con esto se evita además la aglomeración de personas posiblemente infectadas que acuden a por antivirales (p. ej., en colas o salas de espera) y, por tanto, la propagación de la infección.
10. Garantizar que hay reservas de sobra de otros fármacos fundamentales, sobre todo de antibióticos adecuados, aunque también de otros medicamentos.
11. Ser capaz de vigilar el cumplimiento terapéutico, en especial entre los pacientes levemente afectados y los que reciben profilaxis.
12. Anticiparse a los efectos secundarios más leves habituales del oseltamivir, en particular las náuseas, y ser consciente de que pueden notificarse otros efectos secundarios menos frecuentes, pero más intensos.
13. Disponer de materiales educativos y de técnicas que faciliten el uso de inhaladores de zanamivir, sobre todo entre las personas que puedan tener dificultades para utilizarlos.
14. Estudiar estrategias para grupos especiales, como embarazadas y niños pequeños.
15. Contar con estrategias de comunicación sólidas, fiables y probadas para los profesionales y para el público relacionadas con todo lo anterior que formen parte de otras comunicaciones más generales durante una pandemia.

Asimismo, el ECDC propone la aplicación de algunos sistemas prácticos en el ámbito de la UE:

16. Información de los Estados miembros, a través del EWRS, sobre sus políticas predeterminadas y, posteriormente, sobre los cambios importantes.
17. Sistemas capaces de recoger informes y rumores de acontecimientos adversos y un mecanismo conjunto con la EMEA y el ECDC para dar respuesta a estos acontecimientos en el momento en que inevitablemente surjan.
18. Junto con el ECDC, la red comunitaria de laboratorios de referencia y la OMS, controles para detectar la aparición de resistencia a los antivirales.
19. Anticipación de la inevitable venta directa por Internet de antivirales y otros medicamentos procedentes de fuentes no autorizadas.

El trabajo señala diversas prioridades de investigación y desarrollo, entre ellas, la necesidad de determinar si los antivirales son o no beneficiosos cuando se administran pasado el margen de 48 horas, especialmente en el tratamiento de los enfermos más graves. También se concede prioridad a la existencia de sistemas en los Estados miembros que puedan determinar en tiempo real si los antivirales son realmente eficaces contra cualquier virus pandémico y de sistemas para la detección temprana de fracasos reales del tratamiento y la prevención, que pueden ser un indicio de la aparición de resistencia.

11. Uso de vacunas específicas contra la gripe pandémica durante la pandemia del virus H1N1 de 2009

(Publicado en agosto de 2009).

En abril de 2009, se identificó y caracterizó una nueva cepa del virus de la gripe humana, A(H1N1). Se espera que los índices de infecciones por esta cepa A(H1N1) pandémica sean mayores que los observados con las cepas estacionales debido al menor grado de inmunidad preexistente en la población (excepto en los ancianos, muchos de los cuales tienen cierto grado de inmunidad). En consecuencia, es probable que las cifras reales de casos de gripe que acuden a los servicios de salud en un periodo breve sean más altas que en la gripe estacional.

La vacunación con vacunas antipandémicas de una cepa concreta se considera una de las medidas de protección más eficaces si se declara una pandemia. Sin embargo, las vacunas antipandémicas concretas no estarán disponibles de inmediato, la entrega por los fabricantes será necesariamente escalonada y habrá además dificultades de distribución. Será complicado garantizar el suministro de vacunas dentro de un plazo razonable. Para lograr el máximo beneficio de las dosis disponibles, será fundamental un uso estratégico de las vacunas, establecido después de la asignación cuidadosa de prioridades entre los diferentes grupos de población.

Habrà que especificar los objetivos globales de la vacunación antes de decidir a quién debe ofrecerse la vacuna y cómo fijar prioridades en las poblaciones destinatarias. Estos objetivos pueden diferir, como es lógico, en cada país o región. Diferirán sobre todo en los recursos, la cantidad de vacunas, el número de jeringas, etc., disponibles y en aspectos prácticos relacionados con la distribución y la administración. Estas diferencias entre los países plantearán problemas de comunicación cuando se hagan patentes y habrá que estar preparados para solucionarlos.

Los objetivos de una estrategia de vacunación contra una pandemia pueden dividirse en dos categorías generales que no se excluyen mutuamente: a) mitigación para proteger a las personas que pueden correr el mayor riesgo de enfermar gravemente; b) protección de los servicios esenciales.

El virus de la gripe A(H1N1) es un virus nuevo, y las pandemias de gripe de la era moderna han sido diferentes entre sí y distintas de la gripe estacional de cada época. Por tanto, cabe la posibilidad de que los grupos de riesgo (las personas con un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave) sean diferentes de los grupos afectados por las cepas de la gripe estacional. Por otra parte, hay distintas estrategias que entran en juego y que hacen gran hincapié en la necesidad de mantener los servicios esenciales mediante la vacunación. En consecuencia, los grupos destinatarios (grupos, que pueden ser de riesgo o no, a los que se ofrece la vacuna) también pueden ser diferentes.

Según los datos científicos actuales sobre la pandemia de la gripe A(H1N1) de 2009, los siguientes grupos de población pueden considerarse grupos de riesgo:

- personas de menos de 65 años con enfermedades crónicas subyacentes, en concreto:
 - enfermedades respiratorias crónicas;
 - enfermedades cardiovasculares crónicas;
 - trastornos metabólicos crónicos (especialmente diabetes);
 - enfermedades hepáticas y renales crónicas;
 - personas con inmunodeficiencias (congénitas o adquiridas);
 - trastornos neurológicos o neuromusculares crónicos;
 - cualquier otra enfermedad que afecte al sistema inmunitario de una persona o que perjudique su función respiratoria;
- niños pequeños (especialmente los menores de dos años);
- embarazadas.

Esta lista es bastante distinta de la que forman los grupos para los que se recomienda la vacunación contra la gripe estacional en muchos países, particularmente por lo que se refiere a las personas mayores de 65 años. Parece que las personas mayores presentan generalmente un menor riesgo de infección —debido posiblemente a la inmunidad existente—, pero hay indicios de que, si llegan a infectarse, su enfermedad será más grave que la observada en los adultos más jóvenes.

Además, hay otros grupos a los que puede ofrecerse la vacunación aunque no presenten un riesgo más elevado de enfermedad grave (grupos destinatarios). Existen argumentos para ofrecer la vacunación a los niños, pues los índices de infección son elevados en este grupo (si bien la enfermedad es leve) y puede ser especialmente importante en el aumento de los brotes locales. Hay asimismo argumentos para ofrecer la vacunación a todos los

profesionales sanitarios. El objetivo es impedir que contagien a las personas de los grupos de riesgo y protegerlos a su vez de los pacientes ya infectados, lo que permitirá mantener los servicios sanitarios. Puede ser beneficioso ofrecer la vacunación a personas que cuidan de otras para las que la vacuna puede no ser eficaz (p. ej., personas que reciben tratamiento inmunodepresor). Por el momento no es posible vacunar a los bebés menores de seis meses, pues no existen datos de inmunogenicidad y seguridad, lo que constituye un argumento a favor de la vacunación de las personas que están en contacto directo con ellos. Otros posibles grupos destinatarios son los formados por trabajadores que son esenciales en la preparación de una respuesta a la pandemia.

Este documento de orientación se basa en la situación actual de la pandemia de la gripe A(H1N1) de 2009. En él se describen y analizan puntos de incertidumbre concretos. Este documento se actualizará a medida que se recopilen más datos, pruebas y opiniones, al igual que la evaluación de riesgo efectuada por el ECDC con la que está relacionado.

Se presentan otras tres situaciones posibles basadas en la experiencia obtenida en otras pandemias anteriores durante las cuales la patogenicidad y la transmisibilidad del virus fueron aumentando poco a poco. También se incluyen anexos que resumen las pruebas a favor de la vacunación de grupos de riesgo concretos contra la gripe estacional y contra la gripe pandémica actual, y que ofrecen estimaciones generales del tamaño de los grupos de riesgo y destinatarios. Se detalla la base usada para los cálculos, de forma que los expertos de los Estados miembros podrán aplicar la metodología a su propia población para comparar los métodos que ya se han usado.

Informes de vigilancia

12. Vigilancia de la tuberculosis en Europa 2007

(Publicado en marzo de 2009).

Desde el 1 de enero de 2008, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Oficina Regional para Europa de la OMS coordinan conjuntamente la vigilancia de la tuberculosis (TB) en Europa. El objetivo es garantizar que se obtienen datos normalizados sobre la TB de gran calidad en los 53 países de la Región Europea de la OMS.

En 2007 se notificaron 477 327 casos de TB en los 51¹ países de la Región Europea de la OMS más Liechtenstein². La tasa total de notificación ascendió a un promedio de 54 casos por 100 000 habitantes, observándose una gran variabilidad entre los países y un gradiente de oeste a este progresivo en los últimos años. Esto representa un incremento de 54 497 casos desde 2006 y un aumento de las tasas totales de notificación del 13% (de 48/100 000 a 54/100 000), lo que puede atribuirse principalmente al registro por la Federación de Rusia de casos tratados nuevamente que no se habían comunicado antes, a raíz de la ampliación de la cobertura de su sistema de notificación y de la mejora del acceso a la asistencia. La tasa de notificación de casos no tratados previamente en toda la región disminuyó un 2,5% (de 36,6 a 35,7 por 100 000). En general, las tasas de mortalidad por TB en los últimos años reflejaron las tasas totales de notificación según la distribución geográfica en la región (mediana de la tasa global: 0,6/100 000, límites por país: 0,0–22,3). La mediana de tuberculosis multirresistente (TB MR) primaria fue del 1,5% en los 22 países que presentaron datos a este respecto. La tasa media de tratamientos eficaces ascendió al 73%; el 11% de los casos se perdieron para el seguimiento, el 8% fallecieron y el 7% representaron fracasos del tratamiento.

Países de la Unión Europea (UE) y del Espacio Económico Europeo (EEE) y la Asociación Europea de Libre Comercio (AELC) (30 países)

Los 27 países de la UE y tres países del EEE y la AELC (Islandia, Noruega y Liechtenstein) notificaron 84 917 casos de TB en 2007. Las tasas de notificación de TB (17/100 000 en total) más altas correspondieron a Rumanía (118), Bulgaria (40) y los países bálticos (36–71). Entre 2003 y 2007, las tasas totales de notificación disminuyeron un 4% al año, lo que refleja un descenso del número de casos de TB no tratados previamente. Sin embargo, se observaron aumentos considerables en Malta (+61%) e Islandia (+37%) y un cierto aumento en Suecia (+5%) y en el Reino Unido y Chipre (+3% en ambos), sobre todo de casos originados en el extranjero. En 2007, el 21% de los casos (límites por país: 0%–78%) se dieron en personas de origen extranjero, de las cuales casi dos tercios procedían de Asia o África y el 6%, de países europeos orientales no comunitarios y Asia central. La prevalencia del VIH en los pacientes con TB se incrementó entre 2001 y 2007 en Estonia y Letonia (de < 1% al 11% y 4%, respectivamente) y se duplicó en el Reino Unido en el periodo de 2000–2003 (del 4% al 8%). En el resto de los países que presentaron datos, la prevalencia del VIH entre los casos de TB fue del 1% o inferior en cinco países, del 2%–5% en otros siete y del 14% en Portugal. La multirresistencia siguió siendo más frecuente en los países bálticos (multirresistencia combinada: 10%–21%) que en los demás países (0%–4%), en los que fue generalmente más habitual en los pacientes de origen extranjero. Veintiún países comunicaron datos sobre el control de los resultados del tratamiento (CRT) de los casos de TB pulmonar confirmada en 2006. En cuanto a los casos incluidos en las cohortes de CRT, el 80% de los pacientes no tratados previamente mostraron un resultado satisfactorio. La pérdida para el seguimiento de los pacientes con afectación pulmonar fue más frecuente en las personas de origen extranjero que las autóctonas (35% frente al 16%, respectivamente), mientras que en estas últimas se notificaron menos fallecimientos (8% frente al 4%). La mortalidad por TB osciló entre 0,0 y 10,9/100 000 (29 países, últimos datos disponibles de 2001–2006).

Países occidentales (no comunitarios) (5 países)

En 2007 se notificaron 881 casos de TB en tres países —Andorra, Israel y Suiza— con tasas que variaron entre 5,6 y 7,3/100 000. Las tasas fueron generalmente bajas y la mayoría de los casos de TB notificados afectaron a personas de origen extranjero. Suiza e Israel comunicaron datos de vigilancia de farmacorresistencia, que mostraron que la prevalencia de TB MR en todos los casos investigados ascendió al 2,3% y al 6,7%,

¹ No se dispone de datos de Mónaco ni de San Marino.

² Liechtenstein está incluido en el informe, pero sólo como país del EEE/AELC; no pertenece a la Región Europea de la OMS.

respectivamente. Israel proporcionó los resultados del tratamiento de los casos registrados en 2006, observándose una tasa de eficacia del 74% en los nuevos casos pulmonares confirmados.

Balcanes (7 países)

Los países balcánicos notificaron 26 296 casos en 2007, de los cuales el 75% correspondió sólo a Turquía (se notificaron otros 930 casos en la provincia de Kosovo, administrada por las Naciones Unidas). La tasa total de notificación de TB en 2007 ascendió a 29/100 000, y fue más alta en Bosnia y Herzegovina (62) que en Albania, Croacia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Serbia y Turquía (límites: 14-28). La prevalencia del VIH en los pacientes con TB fue del 0,0%–0,4% en los países que aportaron datos (Albania, Bosnia y Herzegovina, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Montenegro y Serbia). Los porcentajes de multirresistencia primaria y adquirida fueron del 0%–0,6% y del 9,7%–34,6%, respectivamente, en los cuatro países que comunicaron datos sobre multirresistencia (Albania, Montenegro, la Antigua República Yugoslava de Macedonia y Serbia). La tasa de eficacia entre los nuevos casos pulmonares confirmados en 2006 fue del 80%–97% en cinco países y algo menor en otros dos que presentaron datos (35%–70%). La mortalidad por TB osciló entre 0,25 y 21/100 000 (cinco países, últimos datos completos disponibles de 2001–2006).

Países orientales (12 países no comunitarios de Europa oriental y de Asia central)

En 2007, se notificaron 365 233 casos de TB en los países orientales, el 59% de ellos en la Federación de Rusia. Las tasas de notificación de TB en 2007 (131/100 000 en total) más elevadas correspondieron a Kazajstán (258), la República de Moldova (178), la Federación de Rusia (151), Georgia (135) y Kirguistán (125), seguidas de Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán (59–119). El aumento anual medio entre 2002 y 2007 fue idéntico al observado entre 1998 y 2002 (+6%). El número de casos nuevos disminuyó entre 2006 y 2007 en seis países. La prevalencia del VIH entre los casos de TB fue del 1% o menor en cinco países en los últimos años, pero fue mayor en la Federación de Rusia y Ucrania (7% y 6%, respectivamente, entre los nuevos casos en 2007). Los datos nacionales y regionales de farmacoresistencia proporcionados por varios países indican que la prevalencia de multirresistencia es alta y generalizada. La prevalencia de TB MR combinada osciló entre el 14% y el 57%, aunque los datos no fueron igualmente representativos en todos los países. En los países que notificaron los resultados del tratamiento en los nuevos casos de TB pulmonar confirmados con cultivos positivos (2006), la tasa media de eficacia fue del 64% (límites: 58%–86%). Las bajas tasas de eficacia, asociadas a tasas de fracaso elevadas (media: 12%, límites: 3%–16%), obedecieron fundamentalmente a la prevalencia de multirresistencia primaria y a las pérdidas para el seguimiento (media: 13%, límites: 4%–35%). La tasa de mortalidad por TB osciló entre 3,0 y 22,3/100 000 (todos los países, excepto Turkmenistán, con datos completos; últimos datos disponibles de cualquier año entre 2003 y 2006).

Conclusiones

Los países no comunitarios de Europa oriental y Asia central siguen constituyendo la prioridad para el control de la TB en la región. La situación suele ser complicada en estos países debido a la escasa especificidad o la mala calidad de la información y a la falta constante de los recursos necesarios para preparar una respuesta perfectamente adaptada o al uso insuficiente de los recursos existentes. En los países más occidentales los patrones de TB siguen siendo muy diversos. Los países industrializados que intentan erradicar la TB identifican con una frecuencia cada vez mayor la agrupación de casos en poblaciones especialmente vulnerables. En los países que tienen una carga intermedia, como los países bálticos, la prevalencia de la TB MR sigue siendo elevada. A partir del análisis de los datos pueden extraerse algunas recomendaciones para la vigilancia que apoyan el refuerzo del control de la TB, por ejemplo:

- normalización de la definición de caso empleada en toda la región y de las herramientas para el tratamiento de los datos;
- integración de la TB en un sistema de vigilancia global de enfermedades contagiosas;
- hincapié en el uso de análisis de cohortes para controlar el resultado del tratamiento;
- desarrollo de un mejor conocimiento de la epidemia conjunta de TB/VIH;
- realización de evaluaciones minuciosas de la prevalencia y las tendencias de la TB MR a escala nacional y regional.

13. Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades contagiosas en Europa 2009

(Publicado en octubre de 2009)

Antecedentes

En 2007 el ECDC propuso la publicación con una frecuencia trienal o quinquenal de un Informe epidemiológico anual (AER) que cubra de forma pormenorizada todos los ámbitos de vigilancia del ECDC. El Foro Consultivo del ECDC respaldó esta propuesta. Así pues, esta edición es una extensa recopilación de la situación relativa a las enfermedades contagiosas en la Unión Europea, pero únicamente incluye un análisis pormenorizado de un tema: las enfermedades susceptibles de prevención con vacunas. Proporciona datos sobre la incidencia de las enfermedades en 2007 mediante tablas y gráficos normalizados con pocos comentarios y valora las amenazas para la salud durante 2008.

Principales cargas para la salud pública de las enfermedades infecciosas

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

- Resistencia a los antimicrobianos;
- Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria;
- Enfermedades susceptibles de prevención con vacunas, con especial hincapié en las infecciones neumocócicas;
- Infecciones respiratorias, con atención especial a la gripe (potencial pandémico y epidemia estacional anual) y a la tuberculosis;
- Infección por el VIH.

Resumen de la vigilancia de las enfermedades contagiosas en 2007

En el capítulo 3 se recopilan y presentan todos los casos notificados en 2007 en los 27 Estados miembros de la UE más los tres países del EEE y la AELC: Islandia, Liechtenstein y Noruega. Como se señala en los apartados de ese capítulo dedicados a cada enfermedad, las comparaciones de la incidencia entre países han de hacerse con cautela. Los sistemas de vigilancia son distintos y la relación entre la incidencia notificada de muchas enfermedades y la incidencia real varía de un país a otro. En la mayoría de los casos, es más relevante centrar las comparaciones en las tendencias a lo largo del tiempo, ya que ésta es una característica más estable de los sistemas de vigilancia.

Teniendo esto en cuenta, a continuación se resumen algunas de las conclusiones principales de la vigilancia de las enfermedades contagiosas a escala comunitaria correspondientes a los principales grupos de enfermedades o a las afecciones preocupantes.

Resistencia a los antimicrobianos e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (RAM/IAAS)

En 2007, *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina (MRSA) siguió representando un problema importante en toda Europa. No obstante, parece que las proporciones de MRSA se estaban estabilizando en algunos de los países con epidemia importante e incluso se observaron tendencias hacia una disminución en unos pocos países.

La incidencia de *Streptococcus pneumoniae* no sensible a la penicilina (PNSP) mostró un panorama heterogéneo en Europa, pues la mayoría de los países septentrionales notificaron niveles bajos, mientras que los países meridionales y de la cuenca mediterránea comunicaron niveles relativamente altos. Sin embargo, en general, los niveles de falta de sensibilidad a la penicilina y de resistencia a la eritromicina se mantuvieron estables en casi todos los países.

A raíz de la diseminación del complejo clonal 17, siguieron aumentando los brotes de *Enterococcus faecium* resistente a la vancomicina en los hospitales de varios países.

En los últimos años se ha observado un incremento notable de la resistencia de *Escherichia coli* a las fluoroquinolonas, la aminopenicilina, los aminoglucósidos y las cefalosporinas de tercera generación en casi todos

los países que facilitan información. Esta observación es muy importante, pues apunta a la aparición de bacterias gramnegativas resistentes a un número de creciente de fármacos e incluso de cepas totalmente resistentes.

En 2007 se confirmó la tendencia a la baja de las infecciones del foco quirúrgico tras un trasplante de cadera, lo que pone de manifiesto el papel fundamental de la vigilancia, con comparaciones ajustadas por el riesgo entre hospitales, en la prevención y el control de las IAAS.

Enfermedades susceptibles de prevención con vacunas

En 2007, la tasa de notificación de infecciones invasoras por *Haemophilus influenzae* se mantuvo estable en Europa y continuó siendo muy inferior a 1 por 100 000. La vacuna contra Hib siguió mostrando un efecto sustancial en la incidencia de esta enfermedad en todos los países en los que se ha introducido.

La tasa de notificación global de enfermedad meningocócica invasora en 2007 fue de 1 por 100 000, parecida a la que se observó en 2006, y los serogrupos B (77%) y C (16%) siguieron siendo la principal causa de esta enfermedad en Europa. La vacuna más utilizada actúa únicamente contra el serogrupo C.

En comparación con el año anterior, en 2007 se produjo un incremento significativo del número de casos confirmados de infecciones neumocócicas invasoras (INI) notificados por Austria y Eslovenia, debido con toda probabilidad a las recientes mejoras introducidas en sus sistemas de vigilancia. En general, no fue fácil comparar las tasas de notificación entre los Estados miembros, ya que los sistemas de vigilancia de INI son enormemente heterogéneos en la UE. En 2001 se autorizó en la UE la vacuna antineumocócica conjugada heptavalente (PCV7), pero su uso varía en cada país.

En 2007 se notificaron menos casos de sarampión en la UE, el EEE y la AELC que en el año anterior, pero esta enfermedad siguió siendo una prioridad sanitaria pública, con 2 795 casos confirmados, uno de ellos mortal, y dos casos de encefalitis. Únicamente dos países no han declarado ningún caso de sarampión durante los tres últimos años.

En 2007 la parotiditis (paperas) continuó siendo una de las enfermedades susceptibles de prevención con vacunas con una de las mayores tasas de notificación en Europa, pero se mantuvo la tendencia general a la baja y ciertamente el número de casos notificados en 2007 fue el más bajo desde 1995.

En 2007 se notificó un bajo número de casos confirmados de rubéola, situación similar a la de 2006.

Infecciones respiratorias

La estación de la gripe de 2007–08 en Europa se caracterizó por una actividad clínica moderada, con un pico de circulación del virus de la gripe A(H1N1), seguido de otro pico de la gripe B. Sólo se aislaron unas pocas cepas del virus A(H3N2).

Un fenómeno destacado fue la aparición de la primera cepa del virus de la gripe estacional resistente al antiviral oseltamivir: A(H1N1-H247Y). Esta cepa podía contagiarse de una persona a otra, pero su distribución en la región fue sumamente diversa, ya que en algunos países se aislaron más de la mitad de todas las cepas y en otros sólo un pequeño porcentaje. La aparición y la diseminación de este virus resistente no pudo atribuirse al uso previo de antivirales.

Al igual que sucedió en 2006, se notificó una serie de brotes de gripe aviar muy patógena en las aves europeas, en su mayoría en aves de corral, pero no se declararon casos relacionados en seres humanos. En mayo de 2007 se produjo en el Reino Unido un brote de gripe aviar A(H7N2) en animales poco patógena, que se acompañó de varios casos relacionados de enfermedad pseudogripal o de conjuntivitis en seres humanos.

La tasa de notificación de enfermedad del legionario en los países de la UE, el EEE y la AELC en 2007 se mantuvo estable, en 1,1 por 100 000 habitantes. El número de casos declarados de enfermedad del legionario relacionada con los viajes estaba aumentando con respecto a 2006, debido probablemente a los sistemas mejorados de vigilancia y notificación; en cambio, la cifra de brotes relacionados con los viajes estaba disminuyendo, lo que podría reflejar la influencia de las directrices para el control de la enfermedad del legionario publicadas por el Grupo Europeo de Trabajo sobre Infecciones por *Legionella* (EWGLINET).

En cuanto a la tuberculosis (TB), las tasas de notificación han mostrado tendencias constantes a la baja en 25 países desde 2003. El 20% de todos los casos afectaron a personas de origen extranjero, como en 2006, procedentes en su mayoría de Asia o África. La multirresistencia siguió siendo más frecuente en los países bálticos que en los demás países y generalmente fue más habitual en los pacientes de origen extranjero. Los datos reflejan la heterogeneidad de la situación de la TB, observándose países con una baja incidencia en los que cada vez se diagnostican más casos en poblaciones de origen extranjero, otros países con tasas de notificación moderadas o altas pero en los que la TB MR por el momento es poco frecuente y países con tasas de notificación

relativamente altas y una gran proporción de casos de TB MR. En conjunto, los países de la UE, el EEE y la AELC notificaron 41 205 casos confirmados de TB (8,2 por 100 000) en 2007.

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

En 2007, la infección por el VIH siguió teniendo una gran importancia para la salud pública en Europa, sin que se observaran signos de disminución en la notificación de diagnósticos recientes. Sin embargo, el número de diagnósticos de sida siguió descendiendo, excepto en algunos países de Europa oriental y central. La vía de contagio predominante fue distinta en cada país y región geográfica, lo que demuestra la enorme diversidad de la epidemiología del VIH en Europa.

En 2007, las infecciones por *Chlamydia trachomatis* siguieron siendo la ITS notificada con más frecuencia (y la enfermedad de declaración obligatoria más frecuente en Europa en general). Se notificaron más de un cuarto de millón de casos confirmados de infección por *C. trachomatis* en 22 de los países de la UE, del EEE y de la AELC, lo que representó una tasa global de 122,6 por 100 000 habitantes. La clamidiasis siguió afectando principalmente a los jóvenes de entre 15 y 24 años. Es probable que la verdadera incidencia de las infecciones por *C. trachomatis* fuera aún mayor y que las tasas de notificación reflejasen las prácticas de detección sistemática y la cantidad de pruebas realizadas en lugar de la incidencia real.

Cabe destacar que Suecia notificó un aumento del 45% en la cifra de casos con respecto a 2006, debido probablemente a los nuevos métodos de análisis empleados para detectar la nueva variante de *C. trachomatis* que se declaró por primera vez en este país en noviembre de 2006. Una encuesta comunitaria reveló que la diseminación de esta variante estaba confinada a Suecia o a las parejas sexuales de los suecos en otros países.

La mayoría de los países europeos cuentan con sistemas de vigilancia de las hepatitis B y C, pero resulta complicado comparar los datos entre los países debido a sus diferencias, principalmente en la estructura de los sistemas, las prácticas de notificación, los métodos de recogida de datos y las definiciones de caso aplicadas.

Enfermedades transmisibles por los alimentos y por el agua y zoonosis

La campilobacteriosis siguió siendo la causa de enfermedad gastrointestinal notificada con más frecuencia en los países de la UE, el EEE y la AELC, y en 2007 la tasa de notificación aumentó más del 15% en comparación con 2006. La gran variabilidad de los sistemas de notificación entre los países, unida a un alto grado de infranotificación en algunos países, dificulta enormemente la realización de comparaciones directas.

En 2007, la tasa de notificación de salmonelosis continuó siendo alta en los países de la UE, el EEE y la AELC, aunque se mantuvo la tendencia a la baja observada desde 2004.

En total se notificaron 13 952 casos confirmados de hepatitis A en 29 de los países de la UE, el EEE y la AELC en 2007, y se observó una gran variación de la epidemiología de la hepatitis A en la región. En noviembre de 2007 se declaró un brote de hepatitis A en Letonia.

Enfermedades ambientales y transmitidas por vectores

En agosto de 2007, se notificó en Italia un brote de fiebre chikungunya con 217 casos confirmados en laboratorio. La transmisión local del virus chikungunya se produjo tras su importación por una persona que había viajado a la India y puso de manifiesto que el mosquito *Aedes albopictus* es sin duda un vector capaz de transmitir el virus con eficacia en latitudes de la UE.

En 2007 se notificaron en total 637 infecciones de fiebre Q confirmadas en 22 países de la UE, el EEE y la AELC, cifra similar a la de 2006 (583). Se declararon brotes de fiebre Q en los Países Bajos y Eslovenia, con 168 y 86 casos, respectivamente.

Siete Estados miembros de la UE notificaron un total de 40 casos de fiebre hemorrágica de origen viral, en su mayoría infecciones por Hantavirus.

Resumen de amenazas en 2007

Desde el comienzo de las actividades de investigación epidemiológica en julio de 2005, el ECDC ha vigilado 696 amenazas hasta finales de 2008. En 2008, el ECDC vigiló 250 amenazas, de las cuales 227 (91%) se activaron en 2008, 14 (6%) seguían activas desde 2007 y nueve (4%) representaban amenazas nuevas. Las amenazas recurrentes estuvieron relacionadas con la gripe aviar a escala mundial y europea, la situación mundial de la fiebre chikungunya, la poliomielititis, el dengue, el cólera y el sarampión, así como una nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y la tuberculosis resistente a muchos fármacos.

En concreto, algunas de las amenazas vigiladas fueron:

- virus de la gripe A(H1N1) resistentes al oseltamivir en 21 Estados miembros, con proporciones que oscilaron entre menos del 1% en Italia y el 68% en Noruega;
- en 2008 se vigilaron cinco brotes de hepatitis A con repercusión internacional, lo que representó un aumento significativo con respecto a los años anteriores;
- se declaró un brote de infección por *Shigella sonnei* en Suecia que afectó a más de 140 empleados expuestos en la cafetería de su oficina;
- se registraron 85 brotes de legionelosis en 2008;
- en 2008 se notificaron 11 brotes de sarampión en la UE, el EEE y la AELC, que dieron lugar a casos secundarios en otros Estados miembros pese a la disminución de la incidencia de esta enfermedad observada en Europa desde 2006. Estas cifras representaron un incremento de los brotes declarados en comparación con 2007 (siete) y 2006 (dos);
- se evaluaron once amenazas relacionadas con la tuberculosis en 2008. Todos los episodios estuvieron relacionados con el desplazamiento de pacientes con tuberculosis: siete que viajaron en avión y tres en barco;
- se notificó una infección mortal por el virus de Marburg en un turista que regresó de Uganda a los Países Bajos en julio de 2008;
- se confirmó el primer caso de fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) en el norte de Grecia en julio de 2008.

Conclusiones

Sobre la base del resumen de las principales cifras y tendencias, podemos concluir que las prioridades para la prevención y el control de las enfermedades contagiosas en la UE, el EEE y la AELC no han cambiado sustancialmente desde la edición anterior del AER, aunque es preciso recalcar algunos aspectos.

Los datos de 2007 muestran que la resistencia a los antimicrobianos representa un riesgo de salud pública cada vez más importante en Europa. El comercio y los viajes internacionales facilitan la diseminación de la resistencia. El problema requiere cooperación internacional —así como esfuerzos concertados a escala nacional— para contener y evitar la aparición de resistencia a los antimicrobianos.

En el campo de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, se necesita un estudio de prevalencia puntual a escala de la UE para valorar la carga de todos los tipos de infecciones para los centros sanitarios europeos. Se ha incluido en el programa de trabajo del ECDC la elaboración de un protocolo europeo normalizado para este estudio de prevalencia, que brindará la oportunidad de adaptar los diferentes protocolos nacionales sobre la prevalencia de las IAAS y de realizar comparaciones internacionales.

En relación con las enfermedades susceptibles de prevención con vacunas, sigue habiendo temores por la posibilidad de que, tras la introducción de la vacuna, los serotipos cubiertos por la vacuna antineumocócica conjugada puedan ser reemplazados por otros no cubiertos, como ya ha sucedido en los Estados Unidos. En este sentido, quizá sea necesario aumentar la vigilancia en la UE e incluir además vigilancia en los laboratorios.

Como era de esperar, casi el 90% de los casos de sarampión notificados en la UE, el EEE y la AELC no estaban vacunados, una señal de que esta enfermedad sigue suponiendo un problema para los grupos de población en los que la vacunación es escasa. Además, todos los casos mortales o complicados afectaron a personas que no se habían vacunado. En consecuencia, el aumento del grado de cobertura en Europa sigue siendo una prioridad sanitaria pública, aun cuando no pueda lograrse la erradicación de la enfermedad en 2010.

Algunas personas que han recibido dos dosis de la vacuna triple vírica sufren variantes leves de parotiditis, aspecto que debe investigarse más a fondo.

Los Estados miembros han hecho un gran esfuerzo para confirmar todos los casos de rubéola que notificaron, con contadas excepciones. La mejora de la sensibilidad y la especificidad de la vigilancia de la rubéola es fundamental para alcanzar el objetivo de la OMS: la erradicación en 2010.

La característica extraordinaria de la estación gripal de 2007–08 fue la aparición del virus de la gripe A(H1N1) resistente al oseltamivir. Fue el primer caso jamás observado de un virus de la gripe estacional humana resistente a un inhibidor de la neuraminidasa que pudiera contagiarse de una persona a otra. Los sistemas de vigilancia de resistencia a los antivirales entre los virus de la gripe estacional deberían controlar además la posible reaparición de cepas resistentes.

En materia de control de la TB —habida cuenta de la heterogeneidad de la epidemiología en los países de la UE, el EEE y la AELC— el número de países con una incidencia de TB intermedia o alta no mostró cambios y, pese a los progresos para frenar la epidemia, es necesario prestar atención al control, incluida la optimización de la vigilancia. Los datos de algunos países con una incidencia baja mostraron un descenso continuado de los casos

domésticos y un claro desplazamiento de la epidemia a las poblaciones más vulnerables, como los inmigrantes. La notificación de infección simultánea por TB y VIH siguió siendo incompleta; es necesario ampliar aún más la cobertura de las pruebas de sensibilidad a los medicamentos y mejorar la notificación y los análisis de resistencia a los fármacos de segunda línea.

El desarrollo y la aplicación de una vigilancia mejorada de la hepatitis B y C figuran entre las prioridades del ECDC. Es fundamental disponer de mejores datos de vigilancia que proporcionen la información necesaria para controlar las tendencias, comprender las diferencias en la epidemiología y evaluar los programas de prevención en la UE. Sin embargo, la naturaleza crónica de ambas enfermedades hace que sea difícil esclarecer la incidencia a partir de la prevalencia —lo mismo que sucede con la infección por el VIH— y este problema no tiene una solución sencilla.

Por último, en relación con las enfermedades transmisibles por los alimentos y por el agua, los informes intentarán en el futuro separar más claramente los datos sobre el serogrupo O157 de *Escherichia coli* productora de verotoxinas/shigatoxinas (ECVT) y los otros subgrupos, ya que estos gozan de prioridad muy diferente en los sistemas de cada país y, por tanto, tienen una cobertura distinta, de modo que la cobertura de O157 es mucho mayor que la de los serogrupos restantes.

Tabla A. Resumen de la tendencia general, la tasa de notificación en la UE y los principales grupos de edad afectados por las enfermedades contagiosas notificadas en la UE, el EEE y la AELC en 2007. Número de países que facilitaron datos (n=30)

Enfermedad	Tendencia general en 10 años	Tasa de notificación en la UE por 100 000 (2007)	Principales grupos de edad afectados (2007)
Infecciones respiratorias			
Gripe	↔	No hay datos	Datos insuficientes
Gripe aviar	↑	0	No hay casos
Enfermedad del legionario (legionelosis)	↑	1,1	65+
Tuberculosis	↓	8,2	25-44
VIH, infecciones de transmisión sexual e infecciones virales transmitidas por la sangre			
Clamidia	↑	122,6	15-24
Gonorrea	↔	9,5	15-24
Hepatitis B	↓	1,5	25-44
Hepatitis C	↑	6,9	25-44
VIH	↑	6,0	25-44
Sida	↓	1,2	25-44
Sífilis	↑	4,4	25-44
Enfermedades transmitidas por los alimentos y por el agua y zoonosis			
Carbunco	↔	<0,01	Datos insuficientes
Botulismo	↔	<0,1	25-44
Brucelosis	↓	0,1	25-64
Campilobacteriosis	↑	46,7	0-4
Cólera	↓	<0,01	25-44
Criptosporidiosis	↓	2,4	0-4
Equinococosis	↓	0,2	45-64
<i>Escherichia coli</i> productora de verocitotoxinas (ECVT/ECST)	↔	0,6	0-4
Giardiasis	Datos insuficientes	61,7	0-4
Hepatitis A	↓	2,8	5-14
Leptospirosis	↔	0,2	45-64, 25-44
Listeriosis	↑	0,4	65+
Salmonelosis	↓	34,3	0-4
Shigelosis	↓	2,1	0-4
Toxoplasmosis	↓	0,8	5-14
Triquinosis	↔	0,2	25-44
Tularemia	↔	0,3	45-64
Fiebre tifoidea y paratifoidea	↓	0,2	0-4
Variante de ECJ	Datos insuficientes	<0,01	15-24
Yersiniosis	↑	2,9	0-14

Enfermedad	Tendencia general en 10 años	Tasa de notificación en la UE por 100 000 (2007)	Principales grupos de edad afectados (2007)
Enfermedades emergentes y transmitidas por vectores			
Paludismo	↔	1	25–44
Peste	Datos insuficientes	0	No hay casos
Fiebre Q	↓	0,2	15–24, 45–64
Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG)	Datos insuficientes	0	No hay casos
Viruela	Datos insuficientes	0	No hay casos
Fiebres hemorrágicas virales (FHV)	Datos insuficientes	Datos insuficientes	Datos insuficientes
Chikungunya	Datos insuficientes	<0,01	Datos insuficientes
Fiebre del Nilo Occidental	Datos insuficientes	<0,01	> 15
Fiebre amarilla	Datos insuficientes	0	No hay casos
Enfermedades susceptibles de prevención con vacunas			
Difteria	↓	<0,01	45–64, 5–14
Infección invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	↔	0,5	65+, 0–4
Enfermedad meningocócica invasora	↓	1,0	0–4
Infección neumocócica invasora	↔	6,3	65+, 0–4
Sarampión	↓	0,6	0–4
Parotiditis	↓	4,3	5–14
Tos ferina	↓	4,4	5–14
Poliomielitis	Datos insuficientes	0	No hay casos
Rabia	Datos insuficientes	<0,01	Datos insuficientes
Rubéola	↓	1,2	0–4
Tétanos	↓	<0,1	65+
Resistencia a los antimicrobianos e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria			
RAM	↑	No procede	No hay datos
Infecciones intrahospitalarias	↑	No procede	No hay datos

14. Vigilancia de la infección por el VIH y el sida en Europa 2008

(Publicado en diciembre de 2009).

Puntos clave

La infección por el VIH sigue teniendo importancia para la salud pública en Europa y hay indicios de que el contagio aumenta en varios países. En conjunto, aunque los datos no son completos, ha aumentado el número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH notificados en 2008, mientras que el número de casos de sida diagnosticados siguió disminuyendo en el conjunto de la Región Europea de la OMS, excepto en el Este, donde siguió creciendo.

- En 2008 se diagnosticaron y comunicaron 51 600 infecciones por el VIH en 48 de los 53 países examinados por la Oficina para Europa de la OMS y Liechtenstein (no se dispone de datos de Austria, Dinamarca, Liechtenstein, Mónaco, Rusia ni Turquía). Las tasas más elevadas fueron las de Estonia, Letonia, Kazajstán, Moldova, Portugal, Ucrania y el Reino Unido.
- Cuarenta y siete países notificaron 7 565 casos de sida (no se dispone de datos de Dinamarca, Suecia, Kazajstán, Liechtenstein, Mónaco, Rusia ni Turquía).
- En 2008 se diagnosticaron 25 656 casos nuevos de infección por el VIH en los países de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE) (no se dispone de datos de Austria, Dinamarca ni Liechtenstein). En la UE/EEE, las tasas más elevadas correspondieron a Estonia, Letonia, Portugal y el Reino Unido.
- En la UE/EEE, las vías de contagio de la infección por el VIH predominantes son 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.
- En las tres zonas geográficas/epidemiológicas, la vía de contagio predominante varía por zona, lo que pone de manifiesto la enorme diversidad de la epidemiología del VIH en Europa. El uso de drogas inyectables sigue siendo la principal vía de contagio del VIH en el Este, mientras que en el Centro la vía predominante es el contacto sexual entre varones, seguido del contacto heterosexual. En el Oeste, la vía de contagio predominante es el contacto sexual entre varones, seguido del contacto heterosexual, una vez descartados los casos originados en países con epidemias generalizadas.
- Desde 2000, la tasa de nuevos diagnósticos de infección por el VIH notificados por millón de habitantes se ha duplicado, al pasar de 44 por millón en 2000 a 89 por millón en 2007, según los 43 países que han publicado de manera uniforme sus datos de vigilancia de la infección por el VIH.
- Entre los 46 países que proporcionaron sistemáticamente datos sobre el sida entre 2000 y 2008, la cifra de diagnósticos de sida disminuyó de 12 072 casos (19/millón) a 7 564 casos (12/millón).
- Los datos aquí presentados tienen algunas limitaciones, debido a los datos incompletos y la falta de información de algunos países y al retraso en la notificación de los datos. Esto limita las conclusiones que pueden extraerse acerca de las dimensiones y el alcance de las epidemias de la infección por el VIH y el sida en Europa. Si se tuvieran que corregir los datos teniendo en cuenta estas limitaciones, lo más probable es que se duplicaran las cifras totales de infecciones por el VIH correspondientes a 2008. Además, en los próximos años cabe esperar una actualización de las cifras correspondientes a 2008 dado el retraso de algunos países en la notificación.

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 las infecciones por el VIH y el sida, y garantizar la integridad y la puntualidad de los datos; y

- mejorar la calidad de los datos notificados, especialmente en lo que respecta a las posibles vías de contagio.

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:

- Para los países del Este: las intervenciones para controlar la infección por el VIH en usuarios de drogas inyectables, incluidos programas de reducción de daños, deben ser la piedra angular de las estrategias de prevención en este ámbito. Hay que fortalecer las medidas para impedir el contagio heterosexual dirigidas a quienes tienen como pareja a personas de alto riesgo.
- Para los países del Centro: la prevención debe adaptarse a las circunstancias de cada país para mantener la epidemia en su bajo nivel actual. No obstante, dado que la epidemia es cada vez mayor entre los varones que mantienen relaciones homosexuales, el fortalecimiento de las intervenciones dirigidas al control del VIH en este grupo ha de ser una prioridad.
- Para los países del Oeste: las intervenciones para controlar la infección por el VIH en los varones que mantienen relaciones homosexuales deben ser la piedra angular de las estrategias de prevención, y deben incluir programas innovadores dirigidos a este grupo. Las intervenciones de prevención, tratamiento y atención deben adaptarse para que lleguen a las poblaciones de inmigrantes.
- En general, debe estimularse el asesoramiento y la realización de la prueba del VIH para garantizar un diagnóstico temprano y el acceso precoz al tratamiento, a fin de impedir o reducir el ulterior contagio y mejorar los resultados del tratamiento a largo plazo en los individuos afectados. Es preciso garantizar la equidad en el acceso al tratamiento y la asistencia del VIH en todos los grupos de la población para que los países puedan alcanzar el objetivo mundial del acceso universal a la prevención, tratamiento y asistencia.

Anexo: Publicaciones del ECDC en 2009

En esta lista se recogen sólo las publicaciones oficiales del ECDC en 2009. Todas ellas pueden consultarse en el portal del Centro en Internet (www.ecdc.europa.eu) y muchas están disponibles además en formato impreso. Algunas se actualizaron durante el año o contaron con segundas ediciones; los meses enumerados a continuación hacen referencia a la última edición.

A lo largo del año, el personal del ECDC ha publicado o colaborado en muchos artículos y publicaciones científicas, como *Eurosurveillance*, que no se enumeran aquí. El centro también ha producido una gran cantidad de materiales de comunicación breves relacionados con la gripe pandémica, como evaluaciones del riesgo e hipótesis para la planificación. Están disponibles en Internet, pero no se enumeran aquí.

Technical reports (Informes técnicos)

Mayo

Development of *Aedes albopictus* risk maps

Junio

Risk assessment guidelines for infectious diseases transmitted on aircraft

Guide to public health measures to reduce the impact of influenza pandemics in Europe – ‘The ECDC Menu’

Surveillance and studies in a pandemic in Europe

Julio

Migrant health series: Background note

Migrant health series: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries

Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries

Septiembre:

Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe

The bacterial challenge: time to react (ECDC/EMEA Joint Technical Report)

Noviembre

Effectiveness of behavioural and psychosocial HIV/STI prevention interventions for MSM in Europe

ECDC Guidelines (Directrices del ECDC)

Mayo

Interim ECDC public health guidance on case and contact management for the new influenza A(H1N1) virus infection

Junio

Chlamydia control in Europe

Mitigation and delaying (or ‘containment’) strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Europe

Public health use of influenza antivirals during influenza pandemics

Agosto

Use of specific pandemic influenza vaccines during the H1N1 2009 pandemic

Noviembre

Scientific panel on childhood immunisation schedule: Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) vaccination

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft – Part 2: Operational guidelines for assisting the evaluation of risk for transmission by disease

Surveillance reports (Informes de vigilancia)

Marzo

Tuberculosis surveillance in Europe – 2007

Junio

Analysis of influenza A(H1N1)v individual data in EU and EEA/EFTA countries

Preliminary report on case-based analysis of influenza A(H1N1) in EU and EEA/EFTA countries

Octubre

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe – 2009

Diciembre

HIV/AIDS surveillance in Europe – 2008

Meeting reports (Informes de reuniones)

Marzo

Expert meeting on chikungunya modelling (April 2008)

Consultation of the ECDC Competent Bodies for preparedness and response (October 2008)

Consultation on Crimean-Congo haemorrhagic fever prevention and control (September 2008)

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union (October 2008)

ECDC workshop on social determinants and communicable diseases (March 2009)

Abril

Technical meeting on hepatitis A outbreak response (November 2008)

Mayo

European pandemic influenza planning assumptions (January 2009)

Junio

Expert consultation on rabies post-exposure prophylaxis (January 2009)

Scientific Consultation Group – second meeting (December 2008)

Agosto

Surveillance and studies in a pandemic: Fourth meeting of the SSiaP working group (July 2009)

Expert consultation on West Nile virus infection (April 2009)

Octubre

First meeting of ECDC Expert Group on Climate Change (September 2009)

Noviembre

Ensuring quality in public health microbiology laboratories in the EU: Quality control and areas in need of strengthening (September 2009)

Diciembre

Joint ECDC/EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU: a focus on communicable diseases (May 2009)

Technical documents (Documentos técnicos)

Julio

Web service technical documentation, TESSy, Version 1.1

Transport Protocol Specification XML – Extensible Markup Language, TESSy, Version 2.6

Transport Protocol Specification CSV – Comma Separated Value, TESSy

Septiembre

Overview of surveillance of influenza 2009/2010 in the EU/EEA

Noviembre

Protocols for cohort database studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Protocols for case-control studies to measure influenza vaccine effectiveness in the EU and EEA Member States

Diciembre

Protocol for cluster investigations to measure influenza vaccine effectiveness in the EU/EEA

Corporate publications (Publicaciones corporativas)

Trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre)

ECDC Insight

Executive Science Update

Junio

Annual Report of the Director – 2008

Summary of key publications

Agosto

Annual Report of the Director: Summary – 2008