



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE VIH/SIDA, CHILE 1984-2004

Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud

INDICE

I.	Metodología	2
II.	Magnitud y tendencia	2
1.	Morbilidad	2
2.	Terapia antirretroviral	3
3.	Características sociodemográficas	3
a.	Distribución por sexo	3
b.	Distribución por grupos de edad	4
c.	Distribución geográfica	4
d.	Factores de exposición	5
e.	Escolaridad	6
4.	Mortalidad	6
III.	Conclusiones y discusión	8
IV.	Bibliografía	8

En Chile, la vigilancia epidemiológica de VIH y SIDA está regulada por el Decreto Supremo N° 158 y se realiza mediante recolección de datos de casos notificados por Boletín ENO y “Encuesta epidemiológica de caso de infección por VIH/SIDA”.

I. Metodología

Se analizaron las bases de datos de VIH/SIDA del Ministerio de Salud entre 1984 y 2004 que contienen toda la información proveniente de la “Encuesta epidemiológica de caso de infección por VIH/SIDA”.

Se calcularon las tasas de incidencia y defunción por 100.000 habitantes, usando como denominador la población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para cada año.

Para las defunciones se usaron las bases de datos de muertes del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

II. Magnitud y tendencia

Entre 1984 y diciembre de 2004 se registraron en el territorio nacional 14.611 casos. Del total de casos registrados, 4.530 fueron clasificados con SIDA y 9.200 personas VIH+ asintomáticas, desconociendo la clasificación en 881 casos. La tasa de incidencia de casos notificados VIH/SIDA para el período 1984-2004, es de 103 casos por 100.000 hab.¹

En el período 1984-2004, han ocurrido 5.043 fallecimientos.

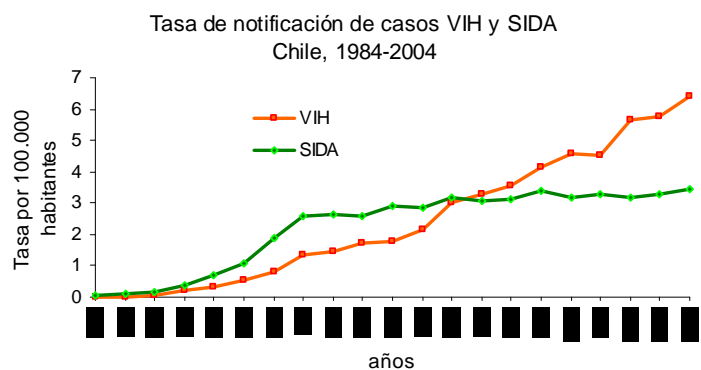
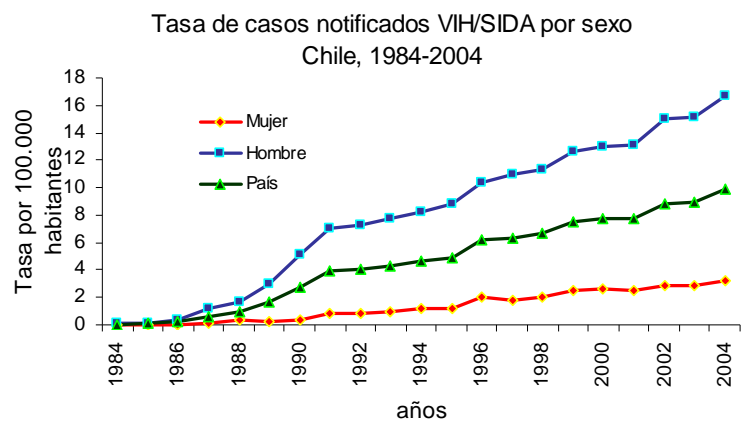
1. Morbilidad

En Chile, la tasa de notificación anual de VIH/SIDA muestra una tendencia al aumento a través de los años, desde 0,05 casos por 100.000 hab. en 1984 a 9,9 casos por 100.000 hab. en el 2004.

Sin embargo, se observa una disminución en la velocidad de crecimiento a partir del año 1990.

La tasa de notificación en los hombres sigue el patrón de la curva nacional, mostrando un marcado incremento entre el año 1984 y el año 2004 (de 0,1 a 16,7 por 100.000 hab, respectivamente). En las mujeres la epidemia se inició en 1985 y la tasa de notificación ha sido siempre menor, (0,02 por en 1985 a 3.2 por cien mil hab.en el 2004) .

Al analizar por separado el VIH y el SIDA, la tasa de notificación de VIH mantuvo un ascenso sostenido hasta el 2002 (0,01 casos en 1985, a 5,6 casos por 100.000 hab. en el 2002), estabilizando en los últimos dos años.



¹ Tasa calculada con población a mitad de período de la epidemia.

En cuanto a la curva nacional de SIDA, se observa un aumento pronunciado entre 1984 hasta 1991 (0,05 a 2,6 casos por 100.000 hab.), estabilizándose posteriormente en alrededor de 3 casos por 100.000 hab.

2. Terapia antirretroviral

Entre 1993 y 1997 se trató a los pacientes con monoterapia (AZT); posteriormente, y hasta 1999, se entregó biterapia a la población beneficiaria del sistema público (1). De ahí en adelante se adoptó la triterapia, llegando el 2003 a un 100% de cobertura de Terapia Antirretroviral de Alta Efectividad (TARV) en el sector público.

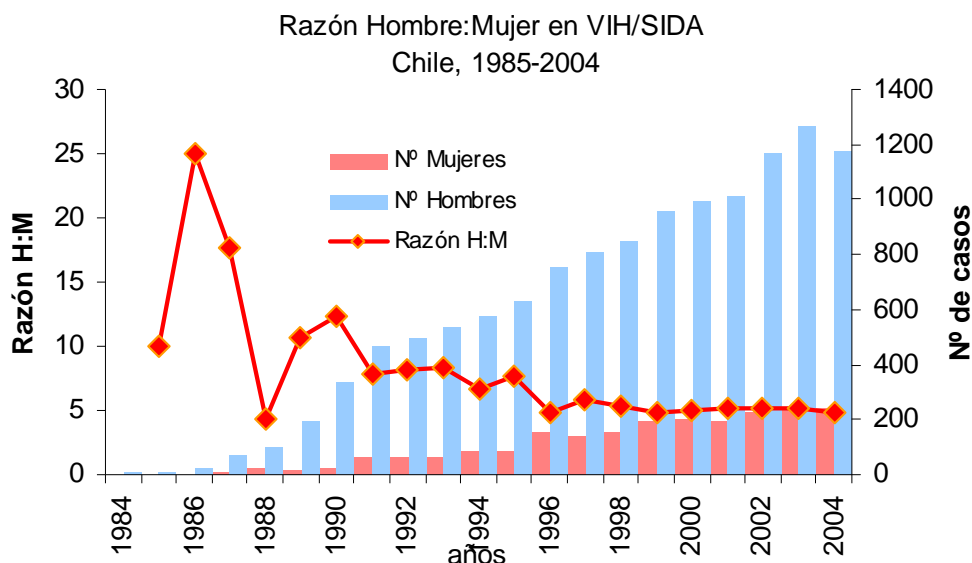
El VIH/SIDA se incorporó al Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) en modalidad piloto el año 2004, y fue incluido definitivamente al año siguiente. El GES garantiza el acceso de las personas diagnosticadas con VIH, tanto del sistema público como privado. En términos de oportunidad, el paciente que necesite terapia antirretroviral puede acceder a ésta en forma precoz. También protege financieramente al beneficiario, lo que significa atención gratuita hasta un copago máximo, de acuerdo a la situación socioeconómica del usuario (2).

Por lo anterior, es importante realizar un seguimiento de estos pacientes de manera de establecer los impactos que tendrá el GES, y fundamentalmente la TARV, en los aspectos clínicos-inmunológicos (recuentos de linfocitos TCD4), virológicos (carga viral, CV), aparición de enfermedades oportunistas, hospitalizaciones y retraso en aparición de la etapa SIDA. Otros impactos a monitorear, pero de presentación más tardía, son la letalidad y mortalidad (3).

3. Características sociodemográficas

a. Distribución por sexo

El 85% de los casos notificados entre los años 1984-2004 son hombres. La curva representa la razón Hombre: Mujer para cada año entre 1984 y 2004, donde se aprecia una estabilización de ésta desde 1996 en aproximadamente 5:1, es decir, por cada caso en mujer existen alrededor de 5 casos en hombres.

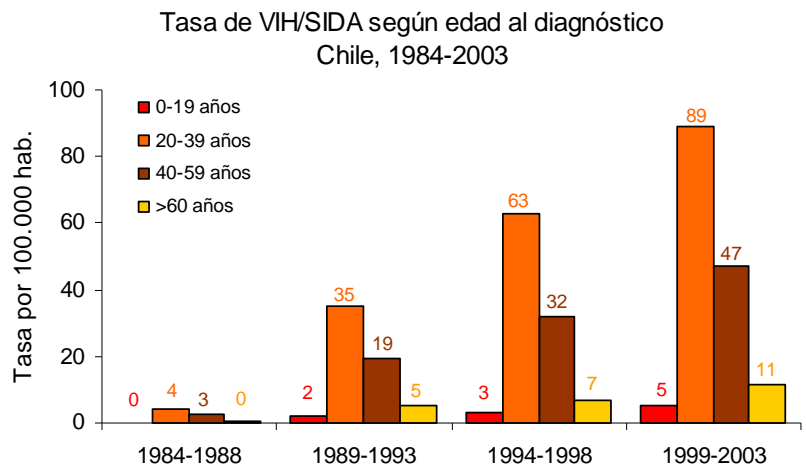


Casos de VIH y SIDA por sexo Chile, 1984-2004					
Clasificación	Sexo				Total
	Mujer		Hombre		
	Nº	%	Nº	%	
VIH	1.370	18.1	6.188	81.9	7.558
SIDA	777	11.4	6.063	88.6	6.840
Total	2.147	14.9	12.251	85.1	14.398
Desconocidos	39	18.3	174	81.7	213
Total País	2.186	15.0	12.425	85.0	14.611

b. Distribución por grupos de edad

El grupo de edad más afectado es el de 20 a 49 años, concentrando el 86% del total de casos. En relación a la edad al momento del diagnóstico, no se observan diferencias significativas entre ambos sexos.

Con el fin de conocer si ha habido algún desplazamiento de la edad de diagnóstico en los 20 años de la epidemia, se calcularon tasas de VIH/SIDA según edad al diagnóstico por períodos quinquenales (tasa acumulada, usando como denominador el año a mitad del período).



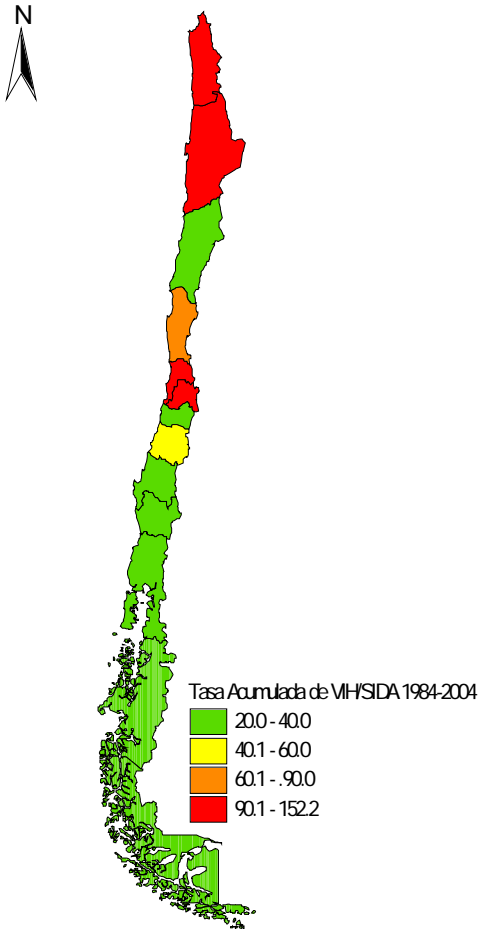
En los cuatro períodos, la tasa más alta corresponde al grupo de 20 a 39 años, seguido por el grupo de 40 a 59 años de edad.

Casos y tasas de VIH/SIDA según edad y años de diagnóstico. Chile, 1984-2004								
Año diagnóstico	0-19 años		20-39 años		40-59 años		>60 años	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
1984-1988	12	0,24	170	4,18	59	2,82	5	0,48
1989-1993	102	1,95	1613	35,30	467	19,42	65	5,34
1994-1998	165	3,01	3055	62,65	903	31,78	95	6,76
1999-2003	278	4,98	4390	88,93	1605	46,91	185	11,36

En los 20 años analizados la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH se ha mantenido estable en alrededor de 31 años. La mediana de edad del diagnóstico de SIDA fue de 36 años.

c. Distribución geográfica

Las tasas acumuladas más altas para el período 1984-2004, corresponden a la Región Metropolitana, I, y V regiones. La II Región registra una tasa acumulada cercana a la tasa nacional, ubicándose en el 4º lugar.

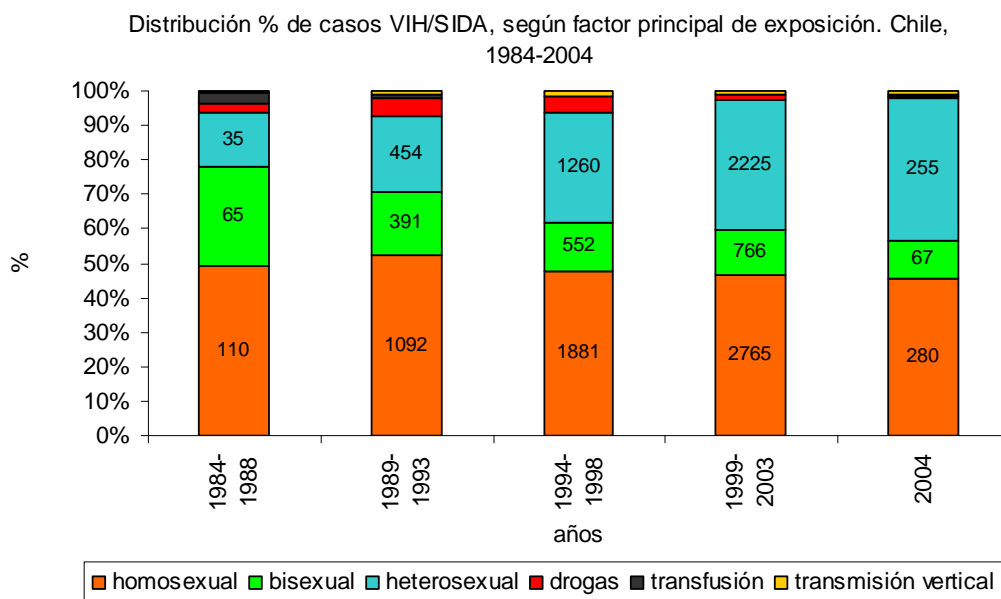


Casos y tasas acumuladas según Región de Notificación ² Chile, 1984-2004						
Región	casos			casos VIH/SIDA		tasa
	VIH	SIDA	Total	mujer	hombre	
I Tarapacá	310	266	576	90	487	154,5
II Antofagasta	257	188	445	80	366	99,1
III Atacama	64	36	100	29	72	41,4
IV Coquimbo	236	151	387	73	314	70,7
V Valparaíso	981	877	1858	329	1555	129,4
VI Libertador	127	78	205	33	172	27,7
VII Maule	193	184	377	94	293	42,9
VIII Bío Bío	340	407	747	114	634	41,2
IX Araucanía	130	125	255	60	195	30,8
X Los Lagos	234	155	389	77	312	38,3
XI Aysén	17	13	30	7	23	34,9
XII Magallanes	34	23	57	10	47	39,6
XIII R Metropolitana	4566	4301	8867	1161	7879	158,3
Total	7489	6804	14293	2157	12349	101,0

d. Factores de exposición

El principal factor de exposición al VIH/SIDA es la vía sexual (83,5%), destacando la vía homosexual con un 42%. Hay un 12% que no declara factor de exposición.

La declaración de exposición heterosexual ha aumentado a partir del año 1996, mientras la homosexual se ha mantenido en niveles cercanos a 50%. Paralelamente, han disminuido las otras vías.



² Se desconoce la clasificación regional de 318 casos.

Las vías sanguíneas (transfusión y hemofilia) se registran sólo en los primeros años de la epidemia, ya que se implementaron medidas de control en los bancos de sangre.

La transmisión madre a hijo (transmisión vertical) también ha presentado una fuerte disminución, principalmente por la incorporación en el año 1995, del tratamiento a la madre durante el embarazo y en el momento del parto, cesárea programada y lactancia sustituta (4).

Casos VIH/SIDA según factor de exposición Chile, 1984-2004		
Categoría	casos	%
Homosexual	6128	41,9
Bisexual	1841	12,6
Heterosexual	4229	28,9
Drogas	387	2,7
Hemofilia	29	0,2
Transfusión	40	0,3
T. Vertical	158	1,1
Desconocido	1799	12,2
Total	14611	100,0

e. Escolaridad

El nivel de escolaridad alcanzado por los casos con VIH/SIDA es similar al perfil observado en la población del país, según el Censo 2002 (5): la escolaridad media concentra un valor cercano al 50%; la educación básica y superior, un 20% cada una. Esta distribución se ha mantenido estable.

Casos VIH/SIDA según nivel de Escolaridad Chile, 1984-2004		
Categoría	casos	%
Básica	3423	23,43
Media	6963	47,66
Ninguna	299	2,05
Superior	2919	19,98
Desconocida	1007	6,89
Total	14611	100,00

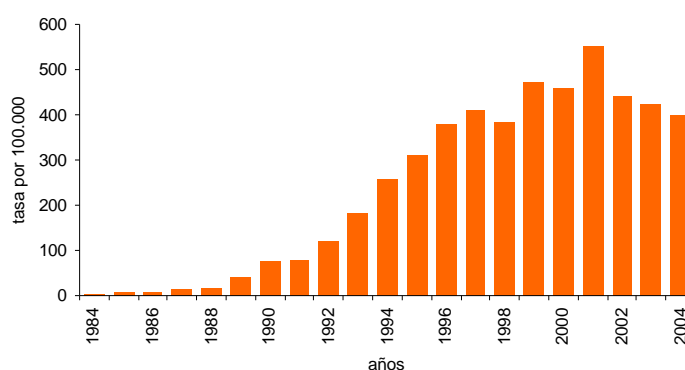
4. Mortalidad

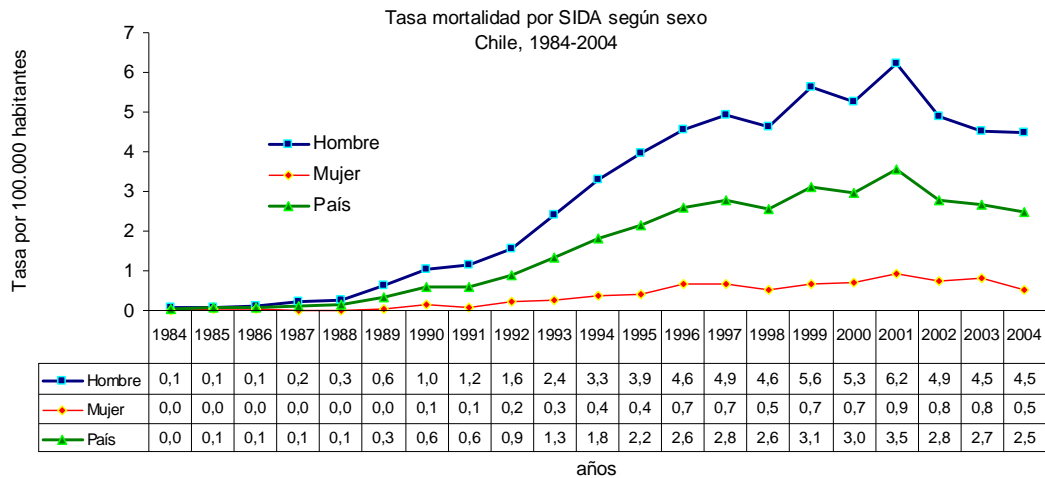
La proporción de defunciones por SIDA el año 2004 representó el 0,46% del total de defunciones, proporción levemente inferior al año anterior (0,51%).

Las primeras defunciones por SIDA en Chile ocurrieron en 1984, acumulándose 5.043 muertes hasta el año 2004.

La tasa de mortalidad de los hombres muestra el mismo perfil que la tasa nacional debido a que éstos representan el 88% (4.442) del total de defunciones. En el año 2004, la tasa de mortalidad en hombres fue de 4,5 por 100.000 hab., mientras que en mujeres alcanzó a 0,53 por 100.000 hab.

Número de defunciones por SIDA Chile, 1984-2004





El gráfico muestra un incremento paulatino de la mortalidad desde 1984 hasta el año 2001, a partir del cual se registra una disminución, probablemente explicada por la incorporación de la TARV el año 2000. Los últimos tres años se ha mantenido en 2,5 por 100.000 hab. Entre el 2001 (máxima mortalidad) y el 2004, la mortalidad ha disminuido en un 30%.

En países donde la TARV ha sido entregada con cobertura 100%, la reducción de la mortalidad es cercana e incluso superior a 50% (CDC, 1998). Entre las razones que podrían explicar una disminución menos acelerada de la mortalidad en Chile, se encuentran: el breve tiempo de cobertura total de TARV; diagnósticos tardíos donde los pacientes ingresan a tratamiento con niveles muy bajos de linfocitos TCD4; falta de adherencia al tratamiento antirretroviral; fallas del tratamiento (Díaz et al., 2003); enfermos de larga evolución con compromiso inmunológico severo (8).

Casos y tasas de defunción por SIDA, según edad y año de defunción. Chile, 1997-2004								
Año defunción	0-19 años		20-39 años		40-59 años		>60 años	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
1997	9	0,2	254	5,2	124	4,2	23	1,6
1998	5	0,1	240	4,9	120	3,9	18	1,2
1999	3	0,05	270	5,5	176	5,5	25	1,6
2000	4	0,07	254	5,2	177	5,4	22	1,4
2001	5	0,1	311	6,3	200	5,9	36	2,2
2002	6	0,1	245	4,9	170	4,8	19	1,1
2003	4	0,1	237	4,8	153	4,2	29	1,7
2004	2	0,04	315	6,4	82	2,2	0	0,0

Con el objeto de conocer la evolución de la edad de muerte por SIDA, se calcularon las tasas de mortalidad según edad al momento de la muerte, para los años 1997 al 2004.

Para todos los años analizados, las tasas más

altas se encuentran en el grupo 20 a 39 años y de 40 a 59 años.

La letalidad³, tuvo niveles elevados los primeros años de la epidemia, disminuyendo de 66% en 1984 a 22% el 2004. En los primeros años de la epidemia, los casos de SIDA debutaron con enfermedades marcadoras severas y no se disponía de terapia efectiva, situación que reprodujo prácticamente la historia natural de la enfermedad.

³ Porcentaje de fallecidos del total de casos SIDA

III. Conclusiones y discusión

En Chile, el primer caso de SIDA fue notificado en 1984 y desde entonces la notificación de casos ha ido en constante aumento. La principal vía de transmisión del VIH registrada en nuestro país es la sexual. La epidemia nacional se caracteriza por afectar mayoritariamente a hombres en edades de plena actividad laboral y sexual (9).

Las políticas públicas en Chile, y fundamentalmente la oferta universal a los tratamientos antirretrovirales, han permitido cambiar el rumbo de la historia natural de la enfermedad. Se ha logrado disminuir la letalidad causada por SIDA en un 67% en los 20 años de evolución de la epidemia en el país.

La vigilancia epidemiológica y el permanente monitoreo de la evolución de la epidemia, constituyen junto a la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA, pilares esenciales de las políticas públicas que buscan dar respuesta al VIH/SIDA.

IV. Bibliografía

- (1) Ministerio de Salud (MINSAL)/ Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). Boletín epidemiológico N° 14. 2002.
- (2) Ministerio de Salud (MINSAL). Ley 19.966 de Régimen general de garantías en salud. Chile 3 de septiembre 2004. [en línea] <<http://www.minsal.cl>> (consulta: 5 abril de 2006).
- (3) Ministerio de Salud (MINSAL)/ Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA). Boletín epidemiológico N° 15. 2003.
- (4) Chávez A., Álvarez A., y WU E. Transmisión vertical de la infección por virus de inmunodeficiencia humana: impacto de la aplicación del protocolo ACTG 076 en Chile. Rev. Chil. Infectol. 17 (4). 2000 [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182000000400003&script=sci_arttext&lng=es> (consulta: 2 mayo de 2006).
- (5) Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo 2002
- (6) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in HIV and AIDS Epidemic. 1998.
- (7) Díaz H., Ruibal I., y Sánchez J. Fracaso del tratamiento antirretroviral y terapias de salvamento. Revisión actualizada. Rev Cubana Med. 42 (4). 2003. [en línea] <http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol42_4_03/med07403.htm> (consulta: 3 mayo de 2006).
- (8) Wood E., Hogg R., Yip B., Harrigan R., O'Shaughnessy M., y Montaner J. Is there a baseline CD4 cell count that precludes a survival response to modern antiretroviral therapy?. AIDS. 17(5):711-720, March 28, 2003. [en línea] <<http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/abstract.00002030-20030328000009.htm?jsessionid=GkCSYKvCNKR4RvrnBwB50hygQmnD0znk3m4CKbGc5XKZYVCBYDLc!-1734750035!-949856144!8091!-1>> (consulta: 12 mayo de 2006).
- (9) Organización Internacional del trabajo. (OIT). El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas-2004. [en línea] <http://www.oit.org/public/english/protection/trav/aids/publ/global_est_es/index.htm> (consulta: 5 abril de 2006).

Agradecimientos

Se agradece el diseño del mapa de tasa acumulada de notificación VIH/SIDA según región, realizado por la Srta. MgSP Mónica Chiu, Unidad de vigilancia. Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.